REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

Organo de la

Asociación Médica de Arequipa

Vol. I

No. 1

ABRIL 1950

EST. GRAF. LA COLMENA, S. A.

AREQUIPA - PERU

PARA SERVIR AL MEDICO

Antianémicos

B Hepax Elixir
B Hepax 15 U. x cc.
B Hepax 2½ U. x cc.
Hepax 15 U. x cc.
Hepax 2½ U. x cc.

LABORATORIOS

Antiinfecciosos

Trisulfán Amp. 10. cc
Trisulfán tabls. 050
Trisulfán polvo estril.
Sulfadiazina Sódica
Sulfatiazol Sódico
Sulfanilamida polvo

CIPA

Antiácidos

Hidral.
Anacidogen
Bellafen

S. A.

Vitaminoterapia

Vitanol B Jalea
Vitanol B. Gotas
Vitanol B Tabletas
Vitanol B Ampollas
Cipa D 600.000 U. Amp.
Cipa AD Ampollas

CALIDAD GARANTIZADA

LITERATURA Y MUESTRAS

TELEFONO: 3205

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Duncan, Fox & Co., Ltd.

SECCION DROGAS

Santa Catalina 109 — Teléfono 3645

Casilla 309

AREQUIPA

Biblioteca
Enrique Encinas
Hospital Victor Larco Herrera

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS DE:

PARKE DAVIS INTERAMERICAN CORPORATION, New York
THE ARMOUR LABORATORIES, Chicago
LEHN & FINK PRODUCTS CORPORATION, Buenos Aires
LABORATORIOS "DUNCO" — LIMA.
LENTHERIC, New York
T. J. SMITH & NEPHEW, LTR., Hull
THE S. E. MASSENGILL COMPANY INC., New York
EVANS MEDICAL SUPPLIES LTD., Liverpool
PLOUGH SALES CORPORATION, Memphis, U. S. A.
HIMROD MANUFACTURING CO., New Jersey
LABORATORIOS DR. S. PAGES MARUNY, Barcelona
LABORATORIOS DEL NORTE DE ESPAÑA S. A., Barcelona
SPEDROG PERUANA S. A. — Lima - Buenos Aires

Especialidades Farmacéuticas en General

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL — CANADA

Manufacturera de Especialidades Farmacéuticas desde 1899

Biblioteca
Enrique Encinas
Hospital Víctor Larco Herrera

SE COMPLACE EN ANUNCIAR AL HONORABLE CUERPO MEDICO DE AREQUIPA, QUE SU LINEA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SE ENCUENTRA EN VENTA EN LAS FARMACIAS DE LA LOCALIDAD.

Representantes Exclusivos para el Perú

General Trade Company S.A.

Casilla Postal 1435 — LIMA - PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

G. BERCKEMEYER & Co. S. A.

Agencia de Arequipa

REPRESENTANTES Y DISTRIBUIDORES DE:

Bristol Myers Co. Inc.	Sal Hepática — Pasta IPANA
Miles Laboratories Inc.	ALKA - SELTZER
The Mennen Company	Productos Mennen
The Knox Company	Nixoderm - Varko - etc.
Vick Chemical Company	Pastillas VICK - Vapo Rub.
William R. Warner & Co.	Anusol - Cal - Bis - Ma - Linimento Sloan - Veracolate
Gillette Safety Razor, Co.	Artículos "Gillette"

PRODUCTOS QUIMICOS Y SALES EN GENERAL

Accesorios para farmacias — Perfumería "Chen - Yú"

Aparatos y Artículos Dentales de toda clase

G. BERCKEMEYER & Co. S. A.

Agencia de Arequipa

Departamento de Drogas y Productos Químicos

EJERCICIOS 217 — TELEFONO 2511 — CASILLA 298

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOVEDAD....!

VITAMINOTERAPIA A en dosis masiva

EPITELIOL (Bebible)

Frasco - ampolla de 10 cc. conteniendo: 0 grms. 10 de

VITAMINA A

equivalentes a 100.000 Unidades Internacionales

MAXIMA ASIMILACION

PERFECTA EMULSION

GUSTO AGRADABLE

Indicaciones: Todas las de la Vitamina A

Presentación: Caja de 1 frasco - ampolla.

Muestras y Literatura:

SPEDROG PERUANA S. A.

Edifc. Cía. de Seguros Rimac: Núñez 221 — Oficinas: 501 - 502

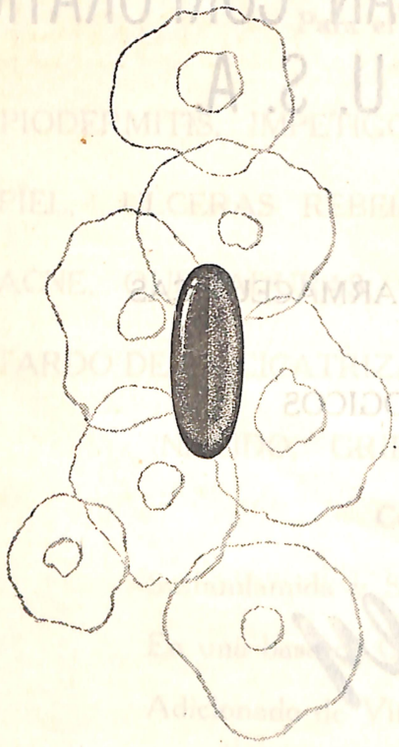
LIMA o en AREQUIPA

SRES. DUNCAN FOX & CIA. — Sección Especialidades.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cuatro *principios esenciales en* **una** *cápsula*

LIAFON



para una rápida y manifiesta regeneración hemoglobínica y respuesta reticulocítica.

Cada ingrediente de LIAFON juega por sí solo un papel importante en el desarrollo de los hematíes.

Cuando el hierro solo no es suficiente . . .
la administración simultánea de los cuatro principios esenciales contenidos en LIAFON generalmente causa una mejoría rápida y notable en el cuadro hemático del paciente.

LIAFON es específico en la anemia macrocítica o microcítica, ya se presenten solas o en combinación.

CADA CAPSULA DE LIAFON SUMINISTRA:

Hígado desecado	0,5 gm. (equivalente a 2 gm. de hígado fresco entero)
Sulfato ferroso desecado	0,13 gm. (equiv. 0,19 gm. de sulfato ferroso, o 38 mg. de hierro elemental)
Acido ascórbico	50 mg.
Acido fólico	1,67 mg.

Frascos de 25 cápsulas

LIAFON . . .
cuatro
principios
esenciales para
el desarrollo
de los hematíes

LIAFON. MARCA DE E. R. SQUIBB & SONS

SQUIBB

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

G. BERCKEMEYER & Co., S. A.

Arequipa — LIMA — Chiclayo

REPRESENTANTES Y DISTRIBUIDORES DE:

ELI LILLY PAN -- AMERICAN CORPORATION, INDIANAPOLIS U. S. A.

Fabricantes de:

ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

y

PRODUCTOS BIOLOGICOS

Lilly

(Signo de Garantía)

Especialidades medicinales — Antigenos — Vacunas — Antitoxinas

Carbarsone — Ergotrates — Insulinas — Penicilinas

en toda unidad y en general la línea completa de productos LILLY.

DISTRIBUIDORES PARA EL SUR DEL PERU:

G. BERCKEMEYER & Co. S. A.

Agencia de Arequipa

Departamento de Drogas y Productos Químicos

EJERCICIOS Nº 217 — TELEFONO 2511 — CASILLA 298

AREQUIPA — PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SULFANIL "ABEEFE"

Para el Tratamiento de la

PIODERMITIS, IMPETIGO, HERIDAS INFECTADAS EN LA PIEL, ULCERAS REBELDES, ECZEMAS, DERMATOSIS, ACNE, QUEMADURAS, SARPULLIDOS, ONFALITIS, RETARDO DE LA CICATRIZACION DEL OMBLIGO DEL RECIEN NACIDO, GRIETAS DEL PEZON, ETC.

Composición:

Sulfanilamida y Sulfatiazol 30%
En una base de Oxido de Zinc y
Adicionado de Vitaminas A y D.

Presentación:

CHISGUETES Y POTES DE 40 GRS.

Laboratorios Abeefe S. A.

Jerusalen 408 - Teléfono 2671

Arequipa

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

Vol. 1 Abril 1950 No. 1

Sumario:

Pág.

TRABAJOS

Técnica de Colédocografías no operatorias y estudio funcional de vías biliares, Dr. Guillermo Ballón Landa A., Arequipa 1

Vólvulos Intestinales, Dr. Jorge Becerra de la Flor, Arequipa . . . 7

Colecistectomía de una vesícula biliar doble, Dres. Jorge M. Jarufe y Manuel de Torres M., Arequipa 20

EDITORIAL 26

COMENTARIOS 27

MEDICINA AL DIA

La cloromicetina en las afecciones tíficas, Dra. Celia Pavez de Castro, Arequipa 29

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA 30

REVISTA DE REVISTAS 31

MISCELANEA 37

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA
Organo de la Asociación Médica de Arequipa

Vol. 1 ABRIL 1950 Nº 1

TRABAJOS

TECNICA DE COLEDOCOGRAFIAS NO OPERATORIAS Y ESTUDIO FUNCIONAL DE VIAS BILIARES

DR. GMO. BALLON LANDA A.
Servicio de Cirugía del Hospital Obrero de Arequipa

Tema presentado al III Congreso Nacional de Cirugía

Hay gran parte de la Patología Abdominal debida a alteraciones del sistema hepatobiliar que queda todavía en la obscuridad, mientras que los medios de indagación clínica de lo que pasa en el árbol biliar son aún escasos.

Todos los cirujanos contamos dentro de nuestra casuítica, con casos diagnosticados como colecistopatías, colecistectomizados, y que después de operados continúan con trastornos dispépticos y dolorosos.

Sin contar los casos que tienen una afección ajena a las vías biliares y diagnosticados erróneamente como tales, pueden presentarse las siguientes eventualidades:

1º) Casos en que hay una colecistopatía evidente, pero cuyas manifestaciones clínicas principales se deben no solo a élla, si no **también** o **principalmente** a alteraciones de las vías biliares principales.

En este caso, el cuadro nosológico sería dependiente, nó de una simple colecistopatía, sino de una **colangiopatía en general.**

2º) El caso del enfermo operado de la vesícula biliar, que continúa enfermo, porque su enfermedad es tanto de las vías biliares como del hígado mismo: estaríamos al frente de una **colangiohepatopatía**, si es que se me permite el término.

Tratar de conocer la causa de tales o cuales trastornos, de preferencia los dolorosos o digestivos, para establecer después la terapéutica apropiada, quirúrgica o médica, es lo que nos llevó a ir perfeccionando e integrando el procedimiento de la intubación duodenal de Meltzer y Lyon, con el valiosísimo aporte que significó el uso del azul de metileno preconizado por Delgado Febres en 1946, y de la colecistografía ideada por Graham y Cole en 1924, estableciendo lo que puede considerarse como un verdadero **estudio funcional de las vías biliares.**

METODOS DE TRABAJO

De acuerdo con nuestra sistematización, el estudio funcional de las vías biliares comprende 2 etapas:

a) Intubación duodenal
b) Estudio radiológico funcional.

INTUBACION DUODENAL.—Citaremos a continuación pequeños detalles de la técnica que hemos empleado en 65 casos con 100 intubaciones mediante la cual hemos podido recoger datos importantes que nos han permitido hacer diagnósticos muy satisfactorios en muchos casos.

1º) Administración de azul de metileno la víspera de la prueba, en 3 cápsulas de 0.03 gm. asociado generalmente con polvos de belladona y fenobarbital, especialmente en los casos de personas nerviosas, para tratar de suprimir la ansiedad del día anterior, y la excitabliidad y propensión a la náusea del día de la intubación.

2º) **Control radioscópico** después de la intubación, para asegurar que la sonda se encuentra correctamente colocada en la 2ª porción del duodeno, calculando algo más abajo de la desembocadura del esfinger de Oddi.

No basta la simple observación de los caracteres del líquido extraído, para saber si la sonda está en duodeno. En varios casos hemos obtenido líquido amarillo, cristalino, de reacción alcalina y con todas las características de la bilis duodenal, habiendo comprobado radioscópicamente que la sonda se encontraba en el estómago. Y por el contrario, líquido blanquecino y cristalino, y aún con reacción ácida, estando la sonda correctamente colocada en el duodeno.

3º) **Anotaciones rigurosas de los tiempos.** Esto permite estudiar cuándo y cómo responde la vesícula a los colecistoquinéticos empledos. No basta saber que la vesícula se contrae, sino cuánto tiempo después de estimulada y en qué forma.

Nosotros contamos el tiempo de reacción de la vesícula en cuanto vemos aparecer el azul de metileno, aunque sean solo vestigios.

Hay veces que aparece un tipo de bilis en la que no sabemos si existe o no azul de metileno. Es fácil salir de duda: se recibe unas cuántas gotas en un papel secante o de filtro, e inmediatamenae aparece el color verde en el sedimento. En este momento marcamos el tiempo de respuesta vesicular.

4º) **Colecistoquinéticos.** Usamos en la misma prueba el **sulfato de magnesia** y la **yema de huevo.** Primero administramos por la sonda 40 cc. del SO4 al 30% calentado 10' al bañomaría, e inyectado lentamente, generalmente en 5'; con esto la náusea y los vómitos se reducen al mínimo. Durante el pasaje por la sonda, el líquido se enfría lo suficiente para no producir daño. Acostumbramos recomendar al paciente que avise si la sonda quema algo en los labios para inyectar más lentamente.

Anotado el momento en que terminamos el SO4, esperamos la respuesta vesicular (bilis con tinte verde) y recogemos todas las muestras que sean necesarias, hasta que no obtenemos más bilis verde sino amarillo (oro o limón, generalmente) y entonces procedemos a la estimulación con yema de huevo. En caso de no haber obtenido respuesta vesicular con el

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sulfato de magnesia hasta los 45' recurrimos igualmente a la yema de huevo.

Con esta nueva estimulación, logramos una nueva contracción vesicular, que en la mayoría de los casos es más enérgica, dando bilis más concentrada y obscura, salvo en los casos en que la respuesta ha sido enérgica con el sulfato.

De otro lado, se consigue contracción vesicular en casos que con el SO4 no se obtuvo. En estas condiciones se logra un buen vaciamiento vesicular.

5º) **Selección de las muestras.** Realizado el control radioscópico, recibimos la muestra Nº 1. Después de inyectado el SO4 y previas las anotaciones del tiempo, en cuanto comienza el flujo biliar recibimos la muestra Nº 2; y en cuanto aparece bilis verde o vestigios de azul de metileno, **anotamos cuidadosamente** el tiempo de respuesta vesicular y recibimos la muestra Nº 3; continuamos llenando todos los tubos 4, 5, etc. que sean necesarios hasta que cesa la contracción vesicular, y del mismo modo procedemos con la yema de huevo, anotando los caracteres de la bilis obtenida: color, turbidez, etc.

Para las **apreciaciones del color**, usamos la comparación con los colores de substancias conocidas. Para las diversas tonalidades de verde empleamos la siguiente escala comparativa:

verde amarillento lima
verde menta claro
verde menta
verde menta obscuro
verde botella
verde negruzco
negro verduzco brea

En los colores turbios, suelen presentarse, verde chirimoya, claro u obscuro. Cualquier tonalidad de verde, es fácil colocarla en cualquiera de estas comparaciones.

Para los tonos amarillos:

amarillo lima
amarillo aceite
amarillo oro
amarillo caoba

Transparencia: cristalina, con grumos, discreta o fuertemente turbia

Para estudiar el sedimento seleccionamos las **primeras muestras** obtenidas después de la estimulación con el colagogo, y para valorar los datos del análisis químico (densidad, concentración de bilirubina, etc.) de todas las muestras damos más importancia a las que nos parecen más puras, es decir, las que tengan menos posibilidades de estar mezcladas con SO4 o huevo. Por ejemplo una bilis verde menta cristalina.

6º) **Resumen de las observaciones.** Al finalizar la prueba de la intubación, se hace un resumen de la apreciación inmediata del estado funcional de las vías biliares, que permite conocer:

1º—El tiempo de reacción al estímulo con SO4Mg
2º El tiempo de reacción al estímulo con yema de huevo.
3º—Ritmo y modo de respuesta a los estimulantes
4º—Poder de concentración de la vesícula para el azul de metileno. Con respecto a este último punto, las apreciaciones son subjetivas por ahora, mientras se encuentre el método exacto para su valoración.
5º—Los caracteres microscópicos de la bilis.

7º) **Interpretación de los resultados.** La realizamos del siguiente modo, haciendo:

a)—Un diagnóstico funcional: Vesícula que se contrae y concentra satisfactoriamente
Colecistatonia
Vesícula excluída funcionalmente. Etc.

b)—**Un diagnóstico anatomapatológico probable:** que lo hacemos de acuerdo con el examen citoquímico de la bilis, especialmente del sedimento, y con la clínica.

ESTUDIO RADIOGRAFICO FUNCIONAL COLECISTOGRAFIA Y COLEDOCOGRAFIA

Terminado el veciamiento vesicular, preparamos al enfermo para el estudio radiográfico funcional que realizamos al día siguiente. De inmediato solo autorizamos el almuerzo con alimentos que juzgamos que originan menos gases (un caldo sencillo, churrasco a la parrilla con arroz y pan tostado) y esa misma tarde y a la mañana siguiente, se le prepara como para una colecistografía.

Con los datos que nos proporciona el estudio funcional de las vías biliares, es que hemos ideado una modificación en la técnica radiográfica que nos ha permitido avanzar un poco más en el estudio de las vías biliares, **logrando imágenes del colédoco.**

Obtenemos una primera placa conforme a la técnica corriente; hacemos ingerir un huevo al paciente, y tomamos una segunda placa en el momento en que el priodax (que es la droga de contraste usada por nosotros) es expulsado de la vesícula biliar hacia el duodeno; esto lo conseguimos radiografiando un minuto después del tiempo de reacción al huevo, dato que hemos obtenido en el estudio anterior, y tomamos generalmente 2 placas más con intervalos de 3' a 5', de acuerdo con el **modo de reacción** de cada vesícula, 3' en las de contracción rápida, y 4' a 5' en la de contracción más lenta y prolongada.

Es en esta forma que obtenemos no solo colecistografías sino colodecografías, de las cuales presentaremos algunas a continuación:

(Ver fotografías)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

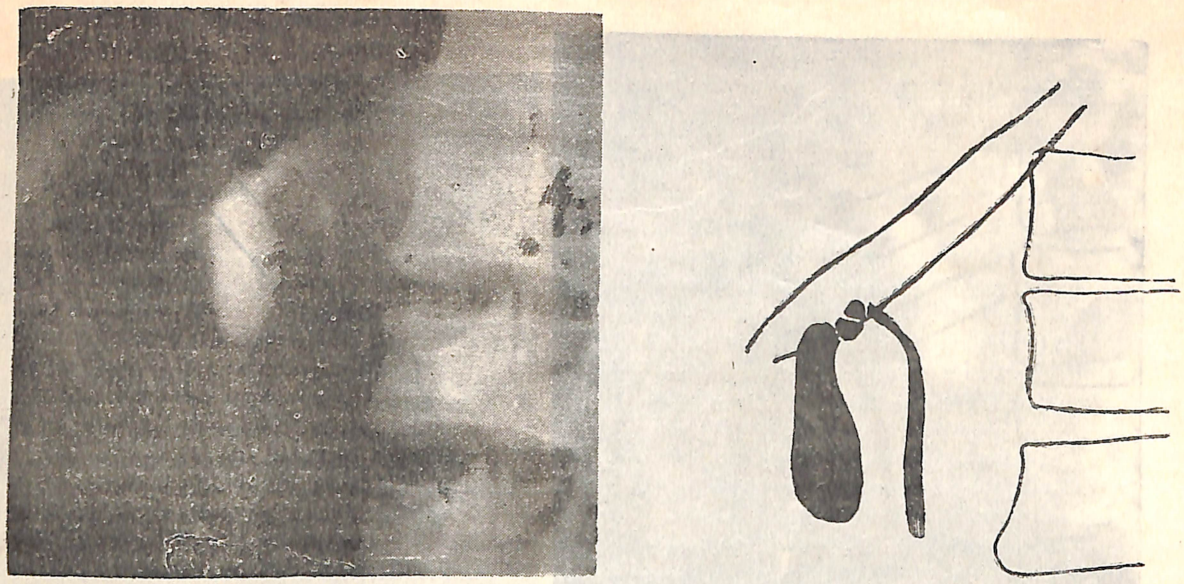


FIG. Nº 1 Radiografía Funcional de Vías Biliares.
Se observa la vesícula, el cístico y el colédoco con imágenes homogéneas.

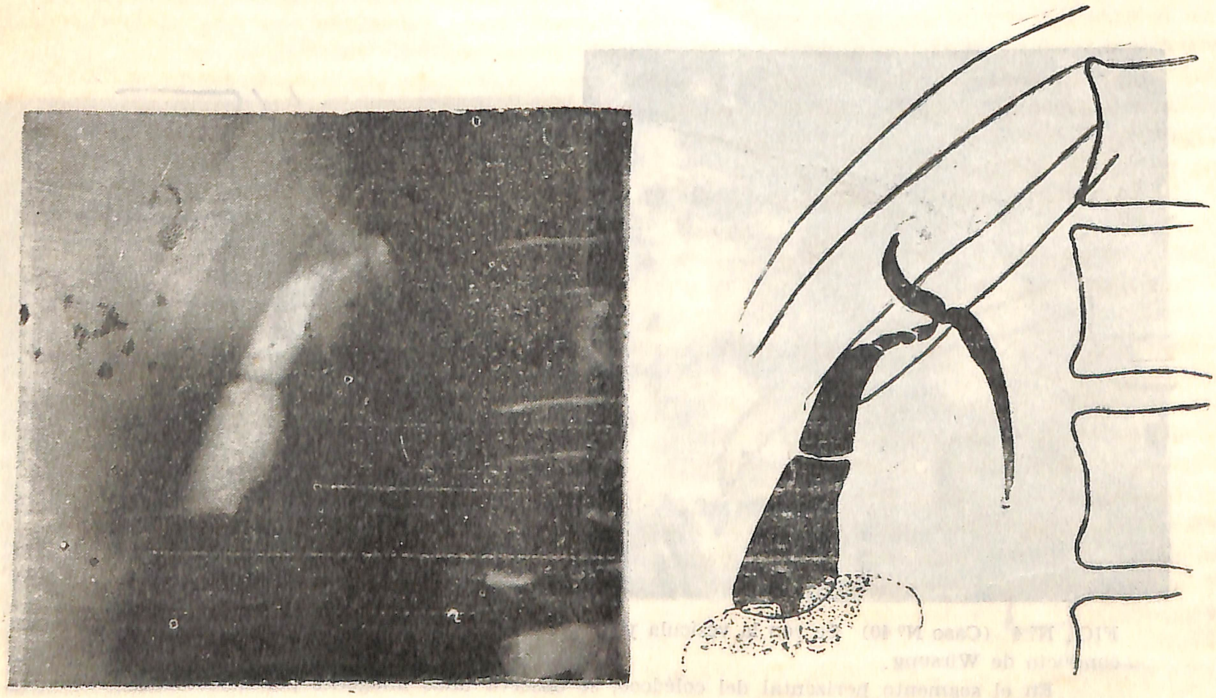


FIG. Nº 2 Se vé nítidamente la vesícula, antro vesicular, las válvulas de Hauster, parte terminal del hepático común y el colédoco.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

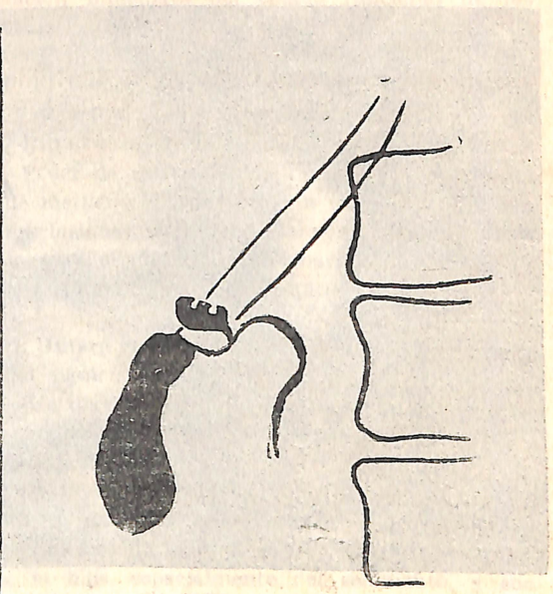


FIG. Nº 3 Se observa la vesícula, cístico, parte terminal del hepático común y colédoco. En el hepático común, se aprecia dos imágenes por defecto de relleno.

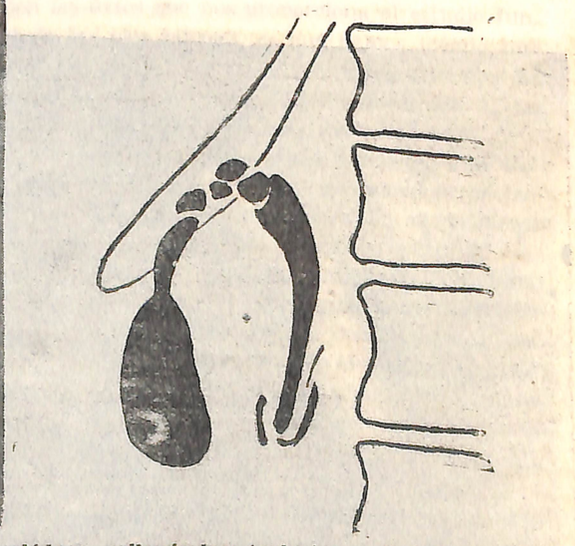
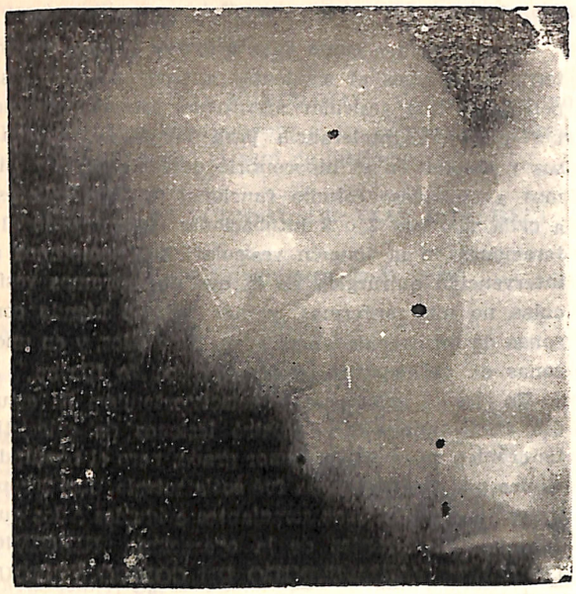


FIG. Nº 4 (Caso Nº 40) Se ven la vesícula y el colédoco, rellenándose inclusive parte del conducto de Wirsung.

En el segmento horizontal del colédoco, se observa unas imágenes por defecto de relleno. En la intervención quirúrgica, se encontró un proceso inflamatorio con ganglios en esta región. Dentro del colédoco, no se halló cálculos ni en la exploración instrumental ni en la colangiografía post-operatoria.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



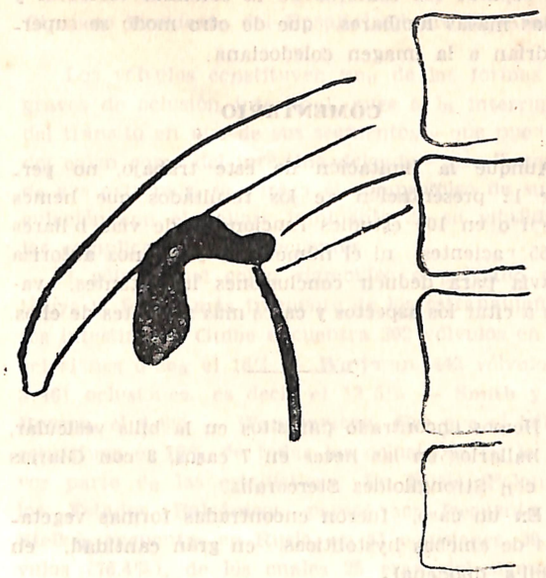


FIG. Nº 5 Radiografía Funcional de Vías Biliares
Vesícula y colédocos visibles con imágenes homogéneas.

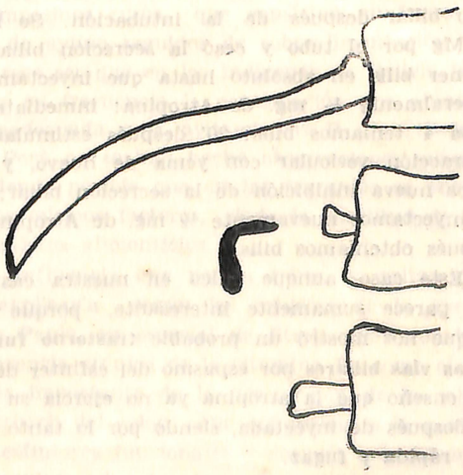


FIG. Nº 6. La vesícula se ha contraído totalmente hasta adquirir un tamaño menor que el de una pepa de zapallo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Como detalle importante de técnica radiográfica, diremos que el enfermo debe ser colocado en posición de decúbito prono, formando un ángulo de 45º a 50º con la horizontal, estando el hipocondrio derecho alejado del plano de la mesa. En esta forma logramos separar las sombras de la columna vertebral y de las masas lumbares, que de otro modo se superpondrían a la imagen coledociana.

COMENTARIO

Aunque la limitación de este trabajo, no permite la presentación de los resultados que hemos obtenido en 100 estudios funcionales de vías biliares de 65 pacientes, ni el número de casos nos autoriza todavía para deducir conclusiones importantes, vamos a citar los aspectos y casos más saltantes de ellos.

Hemos encontrado parásitos en la bilis vesicular, sin hallarlos en las heces en 7 casos, 8 con Giarias y 1 con Strongiloides Stercoralis.

En un caso, fueron encontradas formas vegetativas de amebas hystolíticas, en gran cantidad, en la bilis duodenal.

En el caso Nº 40, con antecedentes de cólicos vesiculares, icteria en una oportunidad, náuseas y repugnancia por los alimentos en las mañanas, y marcados dolores epigástricos post-prandiales, se observó que **el flujo biliar cesaba inmediatamente con la administración de colecistoquinéticos**, y no se reanudaba sino después de la administración de antiespasmódicos. Esto nos condujo a hacer el diagnóstico de presunción de **espasmo del esfinter de Oddi**, (Odditis?) el cual se contraía ante la presencia de los estimulantes.

Vamos a relatar este interesante caso: se obtuvo flujo biliar después de la intubación. Se inyectó SO4Mg por el tubo y cesó la secreción biliar, sin obtener bilis en absoluto hasta que inyectamos parenteralmente ½ mg. de Atropina: inmediatamente a los 4' teníamos bilis: 20' después estimulamos la contracción vesicular con yema de huevo, y obtuvimos nueva inhibición de la secreción biliar; a los 27' inyectamos nuevamente ½ mg. de Atropina, y 2' después obteníamos bilis.

Este caso, aunque único en nuestra casuística, nos parece sumamente interesante, porque aparte de que nos mostró un probable **trastorno funcional de las vías biliares** por espasmo del esfinter de Oddi, nos enseñó que la atropina ya no ejercía su acción 20' después de inyectada, siendo por lo tanto de acción rápida y fugaz.

En algunos casos con cólicos y dispepsia del tipo vesicular con **colecistografías normales**, el estudio funcional de vías biliares nos mostró **trastornos en la función vesicular** en cuanto a su contracción o concentración, o anormalidades en el sedimento, haciendo el diagnóstico de una colecistopatía que se vió confirmada después en la operación.

Y por último, **como dato negativo** y muy importanto, señalamos el siguiente: a pacientes con dispepsia de tipo vesicular acentuada, estado nauseoso post-prandial, intolerancia para los alimentos grasos y dolores en el hipocondrio derecho, los sometimos a cuidadoso estudio funcional de vías biliares, a cada uno con 2 o 3 intubaciones, encontrando alteraciones en la función vesicular. Los sometimos a intervención quirúrgica en la que encontramos vesículas no muy enfermas, y más bien el hígado con zonas de infiltración amarilla en 2 de ellos, y en uno, zonas de perihepatitis con depósitios de fibrina.

En los 3 practicamos colecistectomias. El estudio anatomopatológico mostró lesiones de colecistitis crónica en mayor o menor grado, pero el resultado **clínico post-operatorio no fué satisfactorio**. Los 3 continuaron con síntomas semejantes e iguales a los que habían sufrido antes de la operación: NINGUNO DE ELLOS HABIA TENIDO UN COLICO VESICULAR TIPICO, lo que nos recuerda que para valorar los datos que obtengamos con los diversos medios de investigación, no debemos en modo alguno olvidar la clínica, que es la que en cada caso nos enseñará a atribuir **tales síntomas a tales hallazgos de exploración** o a tales otras causas.

Los síntomas que presentaban estos pacientes no se debían a la presencia de la colecistitis que diagnosticamos, comprobamos y eliminamos, sino a otra causa, probablemente una alteración de la función hepática. Estos serían los casos que hemos etiquetado como una **colangiohepatopatía.**

Mostramos a continuación una ficha en la que se vé cuál es el sistema de trabajo que preconizamos:

ESTUDIO FUNCIONAL DE VIAS BILIARES

NOMBRE: TERESA CABRERA
FECHA: 27. Ene. 49

Hora:	**— Observaciones**
9.15 a.m.	Se Intuba
10.20 a.m.	Control radioscópico
10.50 a.m.	Nº 1: líquido amarillo limón, cristalino, alcalino.
11.05 a.m.	**SO4Mg.**
11.37 a.m.	Nº 2, amarillo aceite, cristalino
11.40 a.m.	Nº 3: id.
11.45 a.m.	Control radioscópico (sonda en el duodeno)
11.50 a.m.	Nº 4: amarillo lima.
12.01 p.m.	**Yema de huevo**
12.11 p.m.	Nº 5: verde chirimoya, turbio.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

12.10 p.m. Nº 6: id.
12.21 p.m. Nº 7: amarillo lima turbio.

RESUMEN: Vesícula que no se contrae a los 32' del SO4Mg. Se contrae a los 10' de la yema de huevo dando bilis con deficiente poder de concentración para el azul de metileno.

DIAGNOSTICO FUNCIONAL: Vesícula que no responde satisfactoriamente a los colecistoquinéticos, que concentra mal el azul de metileno.

(ESTUDIO FUNCIONAL DE VIAS BILIARES)

(Examen Citoquímico de la bilis)

NOMBRE: TERESA CABRERA

FECHA: 27 ENE. 1949.

Muestras Nº	1	2	3	5	7
Color					
Densidad	1020	1030	1014	1010	1012
Conc. bilirrub.	38	110	98	42	40
Crist. colest.	—	—	—	—	—
Crist. Bilirr. Ca.	—	—	—	—	—
Leucocitos	—	—	—	—	—
Parásitos	—	formas vegt. giardias			—
Sangre	—	—	—	—	—

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO PROBABLE: Colecistitis por Giardias.

ESTUDIO RADIOLOGICO: Imagen vesicular normal. Se visualiza débilmente el colédoco.

CONCLUSIONES: Vesícula patológica.

No creemos que los métodos que hemos expuesto, sean ya la solución del problema del estudio de la función de las vías bilaires, pero sí, que significan un paso más en el conocimiento de lo que sucede en ellas y que abren nuevas rutas y formas de investigación.

CONCLUSIONES:

1) Se presenta un nuevo método de estudio funcional de las vías biliares.
2) Este método consiste en una modificación de la intubación duodenal clásica y del estudio radiográfico de las vías biliares.
3) La intubación duodenal con la técnica descrita, permite conocer más íntimamente la dinámica de las vías biliares secundarias y principales.
4) El estudio citoquímico de la bilis, asociado al conocimiento de la dinámica de las vías biliares, da un índice aproximado de las alteraciones patológicas del árbol biliar.
3) La intubación duodenal es complementada con el estudio radiográfico funcional de la vesícula y el colédoco, basado en el conocimiento del tiempo y modo de reacción de la vesícula biilar después de estimulada con los colecistoquinéticos.

"VOLVULOS INTESTINALES"

Trabajo presentado al IV Congreso Peruano de Cirugía

DR. JORGE BECERRA DE LA FLOR
Cirujano Residente del Hospital Obrero de Arequipa

Los vólvulos constituyen una de las formas más graves de oclusión intestinal, pues a la interrupción del tránsito en uno de sus segmentos —que puede ser del colon como del intestino delgado— por la torsión de sus extremos, se agrega el compromiso de su circulación con el peligro inminente de su vitalidad y las complicaciones subsecuentes.

El vólvulo del colon sigmoideo o pelviano constituye la forma más frecuente de los estrangulamientos intestinales. Guibe encuentra 392 vólvulos en 2315 oclusiones o sea el 16% — **Worimm**, 442 vólvulos en 3.461 oclusiones, es decir el 12.5% — **Smith** y **van Beuren**, el 4.8% — **Wangenstcen**, dice que el vólvulo constituye el 10% de todas las oclusiones en la mayor parte de las estadísticas. En Rusia, Polonia y los Estados Balcánicos parece ser frecuente, asi **Stelker** encuentra en Rusia, en 51 oclusiones, 39 vólvulos (76.4%), de los cuales 25 eran del sigmoides. **Marcinkowski**, en Polonia, 10 vólvulos en 21 casos de oclusión (47%). — **Forgue** encuentra la misma frecuencia en los países balcánicos. —Entre nosotros, en el Hospital Obrero de Arequipa, en el período de 1946 - 49 inclusive, se presentaron 5 casos de oclusiones de los cuales 3 han sido de vólvulos, uno de ellos recidivado dos veces.

Todos los autores subrayan la mayor longitud del intestino y la importancia de una alimentación vegetal en el pueblo ruso, como factores que explican su frecuencia. **Curschmann** encuentra sigmoides anormalmente largos en 4.2% de las autopsias efectuadas en Alemania; mientras que **Samson** encontró 20% en material análogo de Rusia. Se cree que juegue, también, un papel causal, los hábitos de los campesinos rusos, que consisten en largos períodos de ayuno seguidos de sobrealimentación.

Parece ser que en los indígenas de Bolivia influyan en su frecuencia la constipación por alimentación inadecuada y la avitaminosis B (José **Delrío**). En el Perú no se han hecho observaciones semejantes, siendo posible que en las serranías se encuentren los mismos factores, dada la similitud de raza y de hábitos alimenticios.

La influencia que podría tener la avitaminosis B se explicaría, según los estudios de la Escuela de Sao Paulo, en especial de **Etzel**, quien considera a la carencia crónica de la vitamina B, como el factor más importante de la destrucción de los plexos de Auerbach del colon, que conduciría a la acalasia de los esfínteres funcionales y después a la hipertrofia muscular del tubo digestivo seguido de su dilatación, es decir, al megacólon. Y sabemos que éste trastorno morfológico y funcional —el megacólon— favorece la producción de un vólvulo.

El vólvulo sigmoideo es raro en la edad juvenil, siendo más frecuente en las edades media y avanzada. Se presenta con mayor frecuencia en los hom-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

bres —3 a 4 veces—, debido probablemente al mayor vigor de la pared abdominal y al menor tamaño de la pelvis.

Una noción etiológica y de pronóstico que debe destacarse en su tendencia a la recidiva. Finsterer la señala en 15 sobre 48 casos, y **Oblinski**, en 4 sobre 15. —

El vólvulo del intestino delgado sigue en frecuencia al del colon sigmoideo. **Guibe** lo encuentra en el 6% de las oclusiones. Y en una estadística del London Hospital, en el 4.05%. — Según **Mondor** es frecuente en los niños recién nacidos. Tiene como causa esencial un segmento de intestino delgado anormalmente movible con fijación insuficiente de su mesenterio. (Wangensteen). — Siendo de observación más rara la combinación de vólvulo del sigmoides y del intestino delgado en el mismo enfermo.

El factor más importate en la etiología del vólvulo es un meso largo con estrecha inserción en la pared posterior del abdomen. El colón sigmoideo es el segmento del tracto intestinal más propicio a la torsión por reunir éstas mismas condiciones. Los procesos inflamatorios pueden acentuar aun más la reducción de las inserciones del meso, por aproximación de los extremos del segmento intestinal afecto, como se observa en la mesosigmoiditis, retractil.

Indudablemente que en el megacólon, particularmente cuando es segmentario y afecta solamente al colon sigmoides, se encuentran reunidos todos los factores que condicionan esta forma de estrangulación intestinal. Viene a constituír el vólvulo del sigmoides una grave complicación de la megacolia. congénita o adquirida.

La constipación crónica es una causa predisponente del vólvulo. El factor ocasional puede ser nimio, tal como un cambio de posición. un esfuerzo, un purgante, etc.

La mortalidad por estrangulación intestinal es aproximadamente del 50%. En los casos que exigen la extirpación a causa de gangrena se eleva a 80% (Wangensten). — Sin embargo. **Eliason y Wetty**, de Filadelfia, en un estudio que hacen sobre la obstrucción intestinal en 1947. presentan solo una mortalidad del 12% en los casos de estrangulación. Y relacionan esta baja cifra, comparada con los anteriores, al adelanto de los métodos de tratamiento.

La sintomatología corresponde, en los vólvulos del colon sigmoide. a la de una oclusión intestinal baja, con meteorismo asimétrico, oblicuo; dolor paroxístico al comienzo, después continuo cuando hay compromiso de la circulación del segmento torcido; detención de materias y gases; ausencia de vómito al principio, para presentarse después y hacerse más manifiesto con el progreso de la oclusión. Los vómitos son más precoces e intensos mientras más alta es la oclusión; asi en los vólvulos del yeyuno o de la parte alta del ileón. los vómios se instalan rápidamente, dando, además, la sintomatología correspondiente a la estrangulación. — El vómito fecaloideo es un signo tardío y grave que no debe esperarse. "Antes que signo de la enfermedad lo es de la proximidad de la muerte", dice **Mondor** y con mucha razón. El estado general puede no estar modificado. No hay fiebre. El pulso es casi normal. "El peligro está en la tranquilidad que pueden dar tantos signos negativos, al médico. Si en lugar de repetirse: gran vientre oblícuo, crisis dolorosas. detención de gases, es un vólvulo; se repite: buen pulso, sin fiebre, sin vómito, el enfermo está perdido". **Mondor.**

Semiológicamente se caracteriza el vólvulo sigmoideo por el meteorismo asimétrico. oblícuo: signo de Bayer. — Eminencia asimétrica. inmóvil. a la inspección; resistencia elástica, renitente, a la palpación; timpanismo particular a la percusión signo de **von Wahl.** — Resonancia metálica a la auscultación-percusión: signo del balón de Kiwul.

El tratamiento de la oclusión intestinal en todas sus variadas formas requiere. para su mayor eficacia, el diagnóstico precoz de su causa y de su localización, para lo cual hay que recurrir a un examen clínico minucioso y al examen radiográfico, ya simple, ya con enema opaco, del colon o del intestino delgado. éste último efectuado por intermedio de la sonda de Miller-Abbott — El enema opaco debe efectuarse solamente en aquellos casos en los cuales su uso no comporta una agravación del cuadro oclusivo.

En la sospecha de un vólvulo del sigmoides debe tomarse una radiografía simple de abdomen en posición de pie y otra en decúbito dorsal o prono, si es posible. En la primera podrá observarse los niveles líquidos en el sigmoides enormemente dilatado por gas; en la segunda, la distensión gaseosa del asa volvulada. en forma de U invertida, que puede llegar hasta el hígado. Con el enema opaco se podrá efectuar la localización de la oclusión, al detenerse la sustanca opaca en el recto superior, llegando hasta el pie del vólvulo y dando imagenes características: en cabeza de ofidio, espiral de torsión, etc. — **Mall** enumera tres signos radiológicos para su diagnóstico; 1.—Un colon sigmoideo sumamente dilatado, situado predominantemente en el lado derecho; 2.—Una obstrucción tipo valvular, distal a la dilatación, que permite la entrada libre del líquido del enema. pero que, no obstante, impide al paciente evacuar el contenido del asa dilatada; y 3.— Mucosa normal en el sigmoides distal hacia el asa dilatada

Griffin, Barron y Mayer. encontraron que el 76% de sus pacientes fueron incapaces de recibir más de 500 cc. del líquido de enema. Idéntica observación hemos efectuado en los tres casos que presentamos; no habiendo soportado ninguno una cantidad mayor de la indicada.

En la oclusión del intestino delgado, se podrá apreciar, en la radiografía simple, de pie. las asas dilatadas por gas y líquido, formando niveles horizontales sobremontados por las medias lunas de gas de **Stierlin**, y constituyendo los llamados "tubos de órgano" característicos. Además, para la localización de la altura del íleo, tiene importancia la forma que confieren al intestino delgado los pliegues que se forman debidos a las válvulas conniventes (pliegues de **Kerkring**), en "esqueleto de arenque" o de "resorte". — Para **Brunn** y **Levithin**, son característicos de las asas yeyunales, ya que en las del ileón faltan las válvuas conniventes. Tiene importancia, también, la disposición que adoptan las asas intestinales. asi las yeyunales e ileales altas se disponen

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

en forma horizontal, en "escalera"; en cambio las últimas asas ileales se disponen en situación vertical.

Para completar el estudio radiológico en las oclusiones del intestino delgado tiene gran importancia el empleo de la sonda de Miller - Abbott. Permite localizar la altura de la oclusión al detenerse la sonda en el segmento intestinal comprometido. En los casos de vólvulo del intestino delgado se puede ver perdurar la sombra del gas en una asa distendida, después que dicho gas ha desaparecido de las asas proximales al efectuar su aspiración. En estos casos la inyección de suspensión de bario en pequeña cantidad por la misma sonda permitirá la mejor diferenciación del vólvulo, pudiéndose aspirar dicha sustancia opaca una vez finalizado este estudio.

El examen radiológico permite, también, concluir si la obstrucción es completa o incompleta.

Nos parece conveniente destacar, de manera especial, el enorme valor del examen radiológico, que nos permite efectuar estos diagnósticos con gran precisión y seguridad. Y cuya valoración es aun mayor al plantearse el tratamiento quirúrgico.

Gracias a los estudios principalmente de la Escuela Americana, conocemos mejor la fisiopatología del íleo y, por ende, el tratamiento lógico y adecuado para corregir sus trastornos.

La distensión intestinal producida por la acumulación de líquidos y gases por encima de la zona ocluida o dentro del segmento estrangulado "es la causa más importante —dice Gatch— de la muerte en todas las formas de obstrucción intestinal, mecánica o paralítica, y muchas de las otras causas supuestas o sugeridas, no pueden existir en ausencia de ella". — Pero no es solo la distensión intestinal con los trastornos que produce sobre la mecánica cardiaca y circulatoria con la anoxia consiguiente; sobre la circulación sanguínea y linfática del segmento distendido, permitiendo una mayor absorción de toxinas y con el peligro de la necrosis de sus paredes; sobre la perturbación de la motilidad normal del intestino, en el sentido deficitario; favoreciendo la hemoconcentración por pérdida de proteínas sanguíneas interaperitoneales; y, por último, según Orr y colaboradores, jugando un papel preponderante en la falla de la función hepática y renal. Sino que tenemos que considerar la deshidratación, por pérdida de agua y sales, sobre todo cloruro de sodio, producida por la ingestión hídrica inadecuada o disminuida; por los vómitos del ocluido; y sobre todo, por la aspiración continua después de la intubación.

Además, **Gendel** y **Fine** demostraron que la pérdida de plasma, en las oclusiones, puede ser considerable y por si sola puede explicar la muerte. **Evans** en un estudio experimental sobre el shock producido por la estrangulación en una asa corta del ileón, ha observado una gran pérdida local de plasma, suficientemente importante como para explicar la caída de la presión arterial y del volumen sanguíneo.

En consecuencia el ocluido es fundamentalmente —como dice **Uriburu**— un distendido intestinal y un desequilibrado humoral, deshidratado, desmineralizado y con hipoproteinemia.

El tratamiento médico se dirige a combatir este estado. Hay que relievar el mérito inmenso del método de aspiración continua de Wangensteen, perfeccionado con el uso de la sonda de **Miller - Abbott**, que al permitir la descompresión intestinal ha favorecido la reducción de la mortalidad por íleo en un gran porcentaje. Constituyendo otro de los pilares de este tratamiento la reposición del volumen hídrico y de los iones Cl y Na para restablecer el equilibrio hidromineral perdido, siguiendo los principios establecidos por **Coller** y **Maddock**. Al que hay que agregar la administración de plasma sanguíneo en condiciones adecuadas para compensar su pérdida, que puede ser considerable cuando la duración del íleo es prolongada.

Una vez efectuado el diagnóstico de vólvulo el tratamiento es quirúrgico. La cirugía conservadora como el procedimiento de fijación del sigmoides a la pared abdominal, asi como el de acortamiento del mesocolon, no han dado resultados satisfactorios, siendo frecuente la recidiva del vólvulo. La destorsión del asa volvulada tiene sus indicaciones cuando el estado del paciente es muy precario y siempre que sea seguido de la sigmoidectomia un tiempo después.

La opinión generalizada en la actualidad es que el único tratamiento racional y lógico del vólvulo sigmoideo es la resección de dicho segmento intestinal, ya sea en un tiempo como la hemos practicado nosotros, procedimiento del que somos partidarios; o siguiendo el procedimiento de Bloch-Paul-**Michulitez**, en dos tiempos. Muchos cirujanos son partidarios de este último procedimiento por su menor mortalidad. Asi **Weeks**, en una revisión de la literatura hasta 1931, informa de 65 casos tratados de este modo, con una mortalidad de 33.3%. — Aunque no nos ha sido posible conseguir estadísticas de tratamiento del vólvulo sigmoideo por resección y anastómosis primaria, mencionaremos, que en las neoplasias del colon, donde se practica éste procedimiento, la mortalidad se ha reducido enormemente. Asi **White** y **Amendola** comunicaron una mortalidad del 11%, **Meyer** y colaboradores del 5%, **Waugh**, del 4%, y **Wangensteen**, del 1.7%. — Se deben estos resultados al empleo del procedimiento de resección aséptica, al uso de la sonda de Miller-Abbot, y a la quimioterapia intestinal.

En cuanto al vólvulo del intestino delgado su tratamiento está condicionado a la vitalidad del asa estrangulada. Si ésta es viable, lo que puede demostrarse objetivamente por el procedimiento de **Pierini**, (inyección intramesentérica de prostigmine), se debe ser conservador; pero si hay necrosis la resección es imprescindible, debiendo efectuarse la anatómosis primaria término-terminal, como la recomienda **Finochieto**, o látero-lateral — **Wangensteen**, la preconiza en las estrangulaciones del yeyuno y, en general, cuando hay necrosis de un segmento extenso de intestino, por vólvulo o trombosis. Admitiendo la exteriozación por su menor peligro, cuando la localización del vólvulo es en la parte inferior del ileón y porque la fístula baja se tolera bien. Otros cirujanos efectúan la resección en dos o más tiempos, con ileostomía primaria, siguiendo después con los procedimientos de reconstitución del tránsito intestinal con el consiguiente peligro ocasionado por las fístulas del intestino delgado, más graves cuanto más altas sean.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Caso Nº 1. — Ficha Hosp. Nº Reg. 6302 — C. B. G., 48 años, soltero, mestizo, obrero textil. Natural de Arequipa. Procede de Fábrica de Tejidos "El Huayco". — Ingresó al Servicio de Cirugía del Hospital Obrero de Arequipa, el 22—VII—946, a las 11 a.m., con intenso dolor abdominal en región epigástrica y periumblical, que había comenzado a las 2 a.m. de ese día. El dolor era continuo, pero con exacerbaciones periódicas como retortijón, que seguía un recorrido circular en la zona de localización. Después balonamiento del vientre, progresivo. Vómitos escasos. Detención de materias fecales y de gases.

Como antecedente, en Febrero 1946 fué operado en este mismo servicio de un vólvulo agudo del sigmoides, efectuándose la destorsión del asa volvulada, con éxito. — Estreñimiento crónico.

Examen clínico. Buen desarrollo y estado nutritivo. Paciente atormentado por el dolor, estando en posición sentado e inclinado hacia adelante para disminuirlo en algo, intranquilo. Temp. 36º — Pulsaciones: 90 al minuto. Respiraciones: 20 al minuto. Presión arterial: 17 Mx. 11 Mn.

Abdomen con balonamiento asimétrico, localizado en región umbilical, epigástrica, hipocondrio y flanco derecho, de consistencia elástica y dolorosa a la palpación. Signos de Bayer, von Wahl y Kiwul, positivos. No se observan movimientos peristálticos ni se auscultan ruidos hidro-aéreos. El resto del abdomen es blando, depresible, indoloro. Cicatriz operatoria mediana, desde 4 traveces de dedo por debajo de ombligo hasta apéndice xifoides.

Hematies 4'680.000. — Leucocitos 11.600 con 86 neutrófilos.

Fig. 1.—Radiografía que permite ver el asa sigmoides enormemente distendida por gases.

FIG. 2. — Radiografía con enema opaco. El enema solo llenó el recto, dando imagen característica en "cabeza de ofidio". — Se puede ver la espiral de torsión.

Examen radiológico de urgencia: enorme distensión del colon sigmoideo por gases, con niveles líquidos en posición de pie. Con enema opaco: solo se llena el recto hasta su parte superior, dando una imagen en "cabeza de ofidio", característica de vólvulo, pudiendo observarse hasta la espiral de torsión (Fig. 1 - 2)

Diagnóstico: Vólvulo del colon sigmoideo.

Operación: 22-VII-946 a las 1.30 p.m. — Cirujano: Dr. Barrionuevo. — Ayudante: Dr. Ballón Landa. — Anestesia raquídea, continuada después con éter.

Incisión paramediana derecha. Se encuentra el sigmoides enormemente distendido y con una vuelta de torsión (360º) en su base, teniendo una longitud aproximada de 75 cm. — Se efectúa la destorsión sin dificultad. Se pasa una sonda rectal y se evacúa el contenido de gas y líquido. Los extremos proximal y distal del sigmoides estaban casi adosados en "cañón de fusil", con el meso grueso, infiltrado, posiblemente por mesenteritis retractil.

Post-operatorio: sueros, plasma, oxigenoterapia, penicilina, hormona córtico-suprarrenal, prostigmine, vitaminas, etc.

24—VII. — Vómitos color café oscuro, balonamiento abdominal superior. Se instala la aspiración continua con sonda gastro-duodenal y medidas asociadas, efectúandose lavados gástricos 3 o 4 veces al día.

25—VII. — Estado general mejor. Comienza eliminación de gases por recto y hay una evacuación intestinal.

27—VII. — Se retira la sonda gastro-duodenal El intestino ha seguido funcionando normalmente. Foco de condensación en pulmón derecho, que cede a los 3 días.

30—VII. — Dehiscencia de la herida operatoria, con aparición de epiplon y asas intestinales (los agrafes se quitaron el día anterior). — Se efectúa la sutura de la pared en un solo plano.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FIG. 3. — Radiografía simple, de pie. Asas dilatadas por gas y líquido, con niveles horizontales y correspondientes al delgado. Sonda en estómago, con extremidad dirigida hacia curvadura mayor.

FIG. 4. — Radiografía con enema opaco, de pie. — Se descarta la participación del colon.

31—VII. — Ileo paralítico: detención materias y gases, balonamiento del vientre, vómitos pórraeos, no se auscultan ruidos intestinales. Se restablece la aspiración continua con sonda duodenal.

1—VIII. — Aspiración: un litro de líquido pórraceo y otro tanto de gas. Leucocitos 10.800 con 77% neutrófilos.

4 - VIII — Ayer hubo una deposición — Se interrumpe la aspiración, dejando colocada la sonda. Se comienza alimentación líquida.

5—VIII. — Nuevamente balonamiento y vómitos de color verde oscuro. No hay eliminación de gases. Se restablece la aspiración. Proteinas 7 gr. %

7—VIII. — Continúa en el mismo estado. Se han estado aspirando alrededor de 3 litros diarios. Se hace estudio radiológico, simple y con enema opaco, comprobando asas dilatadas del intestino delgado, en "resorte", con niveles líquidos y medias lunas de gas. Con el enema opaco se descarta la participación del colón. (Fig. 3 y 4). — Se efectua anestesia esplácnico - semilunar bilateral, con 20 cc. de sol novocaina al 1%, en cada lado. Unas horas después reaparecen los movimientos intestinales con ruidos hidro-aéreos. Volumen plasmático 57% y globular 43%. — Cloro plasmático 270 mgr. % y globular 213 mgr. %.

9—VIII. — Se cambia la sonda gastro-duodenal por una de 3 m., con un pequeño balón, conteniendo mercurio, en su extremidad. En la noche hay dos deposiciones abundantes y eliminación de gases. Leucocitos 10.000 con 73% neutrófilos. Hemoglobina 13 gr.%.

14—VIII. — Ha seguido funcionando normalmente el intestino, soportando bien la alimentación líquida primero y después blanda. Se retira la sonda que se había introducido 95 cm., habiéndose cerrado la aspiración desde el 12 - VIII. — Cloro plasmático 340 mgrs. % y globuar 230 mgrs. %

31—VIII. — Hematies 4'480.000. Leucocitos 6.000 con 47% neutrófios. — Hemoglobina 16 gr.%

16—IX. — Se le da de alta con herida cicatrizada. Se le recomienda regresar dentro de dos meses para efectuar sigmoidectomía, pero no acepta la operación. Lo hemos visto dos años después, no teniendo mayores molestias; continuando en su trabajo de costumbre.

CASO..Nº .2 —

Ficha Hosp. Nº Reg. 8242 -- C B A —

19 años, sexo femenino, soltera, mestiza. Ocupación: confección de guantes. — Natural de Mollendo.

Ingresa al Hospital Obrero de Arequipa el 23 de Julio de 1947, quejándose desde el 20 - VII de dolor abdominal paroxístico, que comenzaba en flanco derecho y se irradiaba hacia el hemi - abdomen izquierdo, terminando en fosa iliaca de ese lado. En los dias siguientes hasta su ingreso, sigue con dolor cólico, pero sintiendo, además, dolor lento entre las crisis, con localización en fosa iliaca izquierda. Balonamento progresivo del vientre, no habiendo eliminación de heces ni gases desde el 20 - VII. No ha tenido vómitos, pero siente ahora nauseas.

Como antecedentes: estreñimiento pertinaz, con evacuaciones cada 2 o 3 días.

Examen clínico: Buen desarrollo y estado nutritivo. Penículo adiposo abundante. Facies dolorosa. — Temp.: 37º — Pulsaciones: 90 al minuto. Respiraciones 20 — P. A. 12.5 Mx. 9.5 Mn.

Abdomen balonado, asimétrico, siendo más prominente en hemiabdomen derecho. — Signos de Bayer, von Wahl y Kiwul, positivos. — Timpanismo a la percusión, con desaparición de la macicez hepática. A la auscultación se sienten ruidos hidro-aéreos moderados. Dolor a la presión, moderado, en todo el abdomen, sin resistencia muscular. — Tacto rectal ampolla rectal vacía. Fondo de saco de Douglas, libre e indoloro.

En la misma noche —11 p.m.— se hace un examen radiológico de urgencia. Radiografías simples, en posición de pie y en decúbito - dorsal (Fig. 5 y 6). En la primera se visualiza una enorme dilatación de una asa intestinal, que corresponde al colón sigmoides, lateralizada al lado derecho del abdomen.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En la segunda, se aprecia mejor la dilatación del sigmoides observándose un pequeño nivel líquido en el extremo inferior derecho del asa dilatada. — Después, con enema opaco, se toman radiografías en las mismas posiciones: (Fig. 7 y 8) En la primera, en decúbito, se ve la sustancia opaca del enema detenido en la parte superior del recto, pasando mui pequeña cantidad al colón (signo de Hall); en la segunda (Fig. 8), en posición de pie, se observan niveles líquidos horizontales, en los que se ha mezclado la pequeña cantidad de bario pasada, y que llegan hasta la parte media del asa sigmoides volvulada.

Diagnóstico: Vólvulo del colón signoides.

Fig. 5. — Radiografía simple en decúbito.

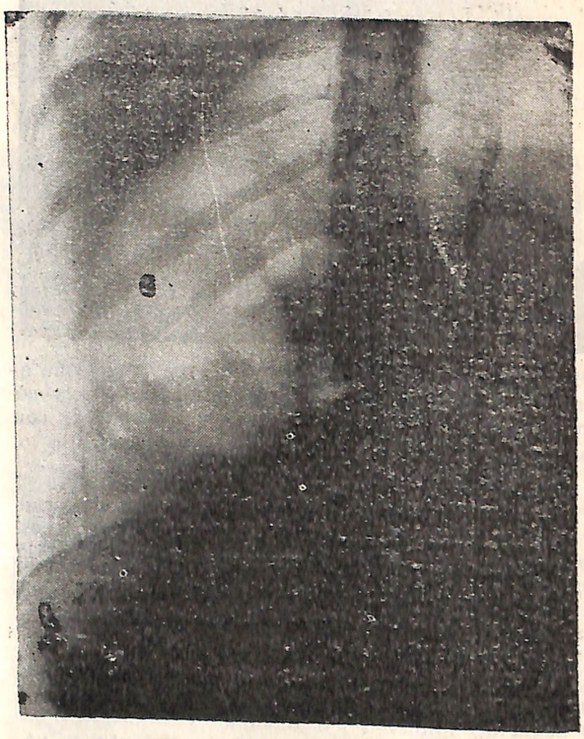


Fig. 6. — Radiografía simple, de pie. Nivel líquido por sobre la cresta ilíaca der., en el asa volvulada.

Operación de Urgencia a la 1.40 a.m. del 24—VII—947.

Cirujano: Dr. J. Becerra de la Flor. — Ayudante: Dr. G. Ballón Landa. — Anestesia raquídea, seguida después con éter.

Incisión mediana sub-umbilical, que se prolonga unos tres traveces de dedo sobre el ombligo. Se encuentra el colon sigmoides enormemente dilatado, que ocupa gran parte del abdomen y lateralizado a la derecha, teniendo aproximadamente unos 70 cm. de longitud y unos 15 cm. de diámetro, con una vuelta de torsión alrededor de su meso. El mesosigmoide está edematoso y las paredes intestinales adelgazadas, transparentes. El colón transverso moderadamente dilatado y las asas del intestino delgado vacías, aplanadas. Liquido peritoneal, seroso, en regular cantidad. Se efectúa la destorsión del asa volvulada sin deficultad, estando la circulación normal, asi como el aspecto de las paredes intestinales. Se pasa una sonda rectal, que llega hasta el sigmoides, consiguiéndose la evacuación de dicha asa, asi como del tranverso. Se inyecta prostigmine (4 amp.) en el mesosigmoides, cerca de la inserción intestinal, observándose la contracción, en parte, de éste segmento intestinal. Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio: Sueros, plasma, peniciilna, sulfatiazol, oxigenoterapia, prostigmine, hormona córtico-suprarrenal, vitaminas, etc.

24—VII. — Se retira la sonda rectal porque le ocasionaba muchas molestias. Se comienza aspiración continua con sonda gastro-duodenal. Discreto balonamiento del abdomen. Leucocitos 12.000 con 76% neutrófilos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Fig. 7. — Radiografía en decúbito con enema opaco. Signo de Hall.

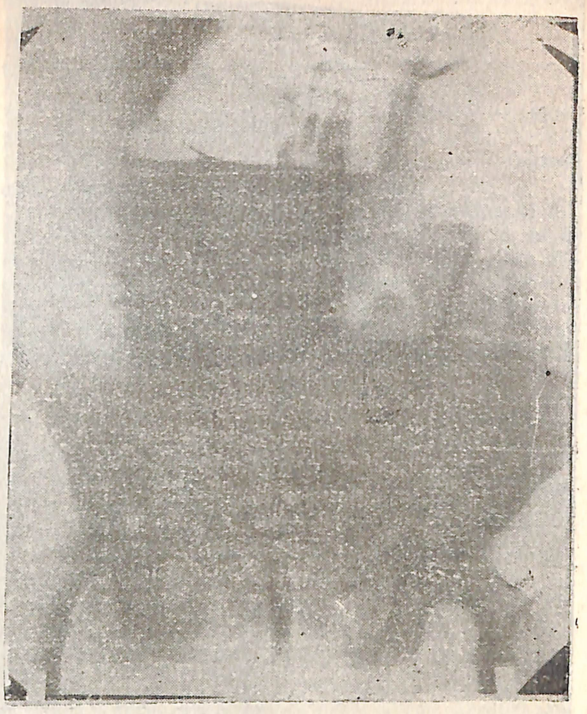


Fig. 8. — Radiografía en posición de pie. Se aprecian los niveles liquídos en el asa volvulada.

26—VII. — Hay eliminación de gases por recto, que continúa normalmente en los días siguientes. Cloro plasmático corregido 204 mgr.% y globular 126 mgr. %. Abdomen blando, indoloro; no balonado. Aspiración continua interrumpida. Se comienza alimentación líquida.

28-VII Se auscultan ruidos hidro-aéreos intensos y frecuentes, en abdomen. Deposición abundante y eliminación de gases sin dificultad. Se retira la sonda gastro-duodenal. Dieta suave.

30—VII. — Hay deposición después de enema. Se levanta. Proteinas 6.62 gr. %.

7—VIII. — Ha seguido bien. Deposiciones diarias normales. Leucocitos 8.600 con 72% de neutrófilos.

Alta en buenas condiciones. ...

Esta enferma fué seguida en el Consultorio de Cirugía, a donde acudía periódicamente.

El 20—VII—947, se efectuó un examen radiológico del colon, con enema opaco. (Fig. 9), observándose un dolicomagacolon sigmoideo necesitándose mas de 2 litros para llenar este segmento, el que tiene una dirección vertical hacia el epigastrio e hipocondrio izquierdo.

Se hospitaliza nuevamente el 19-IV-948, quejándose de crisis dolorosas, de intensidad moderada, como retortijón, que comenzando en flanco derecho se dirigen al flanco izquierdo, para terminar en fosa iliaca de este lado, con balonamiento del vientre y sin poder expulsar gases. Después de unas horas cede el cuadro, con eliminación de gases por recto. Una semana antes de su ingreso tuvo la última crisis con los mismos caracteres, quedando desde entonces, con dolor moderado, interminente, en fosa iliaca izquierda. — Ha seguido con estreñimiesto pertinaz.

En el examen clínico practicado, abdomen blando, no balonado, con dolor moderado en fosa ilíaca izquierda a la palpación y percusión.

Leucocitos 6.500, con 62% neutrófilos.

Se decide practicar una sigmoidectomia con cecostomía previa, que acepta la enferma de buen grado.

Se comienza su preparación con 6 gr. diarios de sulfasuxidina.

28—IV—948. — Hay 98.755 gérmenes por campo, en las heces.

3—V. — Han bajado a 36.076 gérmenes por campo. Se aumenta la sulfasuxidina a 12 gr. diarios.

10-V.—25.542 gérmenes por campo bajando a 10.428 el 12—V.

15—V. — Además de sulfasuxidina, se agrega 4 gr. diarios de sulfadiazina y lavados del colon con agua y aseptil. Pero el número de gérmenes por campo, en heces, se mantiene en la cifra anterior. El 22—V hay 10.340 gérmenes por campo.

25—V. — Se efectúa la cecostomia, con incisión de Mac-Burney colocando una sonda de Pezzer en el ciego y 3 jaretas concéntricas para mantenerla (Técnica de Senn).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Fig. 9. — Radiografía con enema opaco. Se aprecia el dencomegasigmoide.

Fig. 10. — Radiografía con enema opaco, después de sigmoidectomia. La zona de la anatomosis está marcada con una flecha.

Post-operatorio normal. El dren de la cecostomía comienza a funcionar el 26—V con eliminación de pequeña cantidad de materias, aumentando en días siguientes.

El 5—VI se efectúa la sigmoidectomia.

Cirujano: Dr. Barrionuevo. Ayudantes: Drs. Ballón Landa y Becerra de la Flor. Anestesia raquídea y después éter.

Incisión paramediana izquierda infraumbilical. Se procede a la reaccion del colon sigmoideo - que se encuentra dilatado y con adherencias colo-epiploicas - en unos 40cm., con anastomosis término-terminal. Sutura continua con hilo de lino, en los dos planos de la anastomosis. Cierre de la pared en tres planos, sin drenaje.

Post-operatorio: sueros, plasma, penicilina.

Fig. 11. — Radiografía simple, en decúbito.

Fig 12. — Radiografía simple, en posición de pie.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sulfatiazol, después sulfadiazina y sulfasuxidina, vitaminas, etc.

Hace una evolución magnífica. La cecostomía no drenó en los tres primeros días del post-operatorio, y el cuarto día después de un lavado de la sonda del drenaje, se producen varias evacuaciones intestinales.

El 19—VI se corta la sonda de la cecostomía, dejando que el cabo inferior de la sonda de Pezzer se elimine por vía natural. Ha seguido muy bien, con evacuaciones diarias.

El 10—VII, se efectuó un examen radiológico del colon con enema opaco, comprobándose un buen funcionamiento de la anastómosis. El radiologo señala también, signos de colitis, con pequeñas burbujas de gas en el trayecto del colón.

Es dada de alta el 12—VII—948, en buenas condiciones; habiéndose cerrado completamente la cecostomía.

Se le ha controlado después periódicamente en el Consultorio de Cirugía, hasta Febrero de 1949, teniendo deposiciones diarias, normales, sin ninguna sintomatología.

CASO Nº 3 —

J. de D. Q. D. — Ficha de registro del Hospital Nº 14119. —

56 años, sexo masculino, indígena. — Ocupación: barredor de la Baja Policía.

Ingresa al Hospital Obrero de Arequipa el 5—IX—949, a las 11 a.m. refiriendo que a las 6 de la mañana de ese día, había comenzado con dolor abdominal intenso, paroxístico como retortijón, localizado en epigastrio e irradiándose a todo el abdomen. Después el dolor se hace continuo, pero con exacerbaciones periódicas de gran intensidad, localizándose en fosa ilíaca izquierda, donde comienza y termina, irradiándose hacia el ombligo. Vómitos alimenticios primero, que después son biliosos, frecuentes. Balonamiento progresivo del abdomen, no habiendo eliminación de materias fecales ni grases desde que comenzó su crisis.

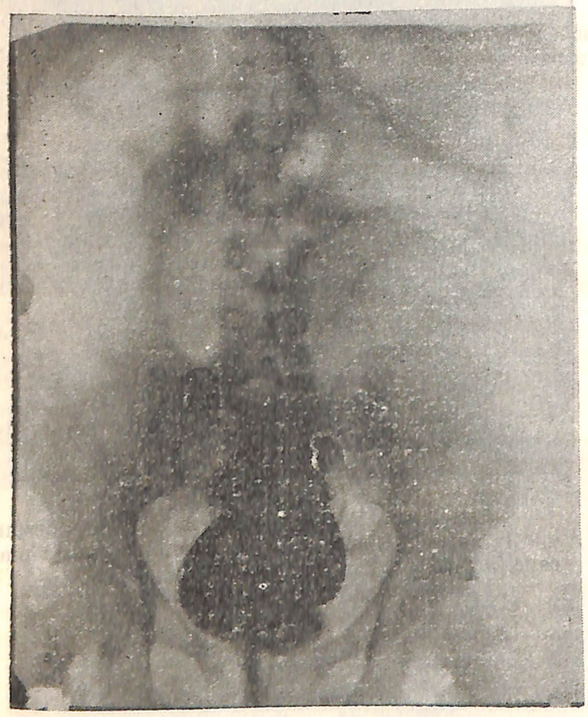


Fig. 13. — Radiografía con enema opaco. Sustancia opaca detenida en el recto. Vólvulo sigmoideo a la der. y asas dilatadas del delgado a la izq.

Fig. 14. — Radiografía de pié, con enema opaco. Se aprecian los niveles líquidos.

Como antecedentes: Desde 1943 tiene crisis dolorosas abdominales, acompañadas de vómitos biliosos que le duraban unas horas, calmando con medicación casera. Deposiciones diarias, normales. Alimentación variada. Desempeña su mismo trabajo desde hace 15 años. — Sífilis gomosa en Enero de 1949, tratada con penicilina, bismuto y yoduro potásico.

Examen clínico: Paciente intranquilo, ansioso, angustiado por el dolor, no pudiendo permanecer en una posición, adoptando generalmente la de sentado, inclinado hacia adelante para disminuirlo. — Facies terrosa. P. 140 — R. 36. — P. A. 9.8 Mx. 7.6 Mn. — Temp. 36º

Abdomen: balonado, asimétrico, siendo mayor en abdomen superior y hacia el lado derecho, signo de Bayer — Timpanismo localizado en esta zona de mayor balonamiento, con resistencia elástica —signo de von Wahl—, habiendo también timpanismo en hipocondrio y flanco izquierdo. Sonido metálico a la percusión —auscultación —signo de Kiwul—, de epigastrio hacia fosa iliaca derecha. Dolor a la palpación en todo el abdomen, sin resistencia ni contractura muscular. — Tacto rectal: ampolla rectal vacía. Dolor en fondo de saco de Douglas, que se encuentra abombado.

Hematies 4'100.000. Leucocitos: 6.400 con 83% neutrófilos.

Examen radiológico de urgencia. Se tomaron radiografías simples en decúbito y de pie (Fig. 11 y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

12), y en las mismas posiciones con enema opaco (Fig. 13 y 14). Se visualisa un vólvulo del colón sigmoideo, lateralizado a la derecha con niveles líquidos en posición de pie. La sustancia opaca del enema sólo ocupa el recto, llegando hasta el pie del vólvulo. Se observan, también, asas del intestino delgado dilatadas, algunas con niveles líquidos y medias lunas de gas de Stierlin; dispuestas en escalera en el cuadrante superior izquierdo, y oblicuas por debajo, hacia el centro. (Se interpretó esta distensión del intestino delgado como una consecuencia del vólvulo sigmoideo, al progresar la oclusión).

Diagnóstico: Vólvulo del colon sigmoideo.

Operación de urgencia. Cirujano: Dr. J. Becerra de la Flor Ayudantes: Dres. Milón y Guillén.

Anestesia: pentothal sódico, después éter.

Fig. 15. — Radiografía tomada 2 horas después de la ingestión de comida opaca. La flecha indica el sitio de la anastómosis. Buen funcionamiento.

Fig. 16. — Radiografía tomada 1 hora después que la anterior. La zona de la anastomosis está marcada por la flecha.

Incisión mediana infraumbilical, que después se amplia sobre el ombligo. Al abrir el peritoneo sale gran cantidad de líquido sero-hemático (más de un litro). Se encuentra el colon sigmoides torcido sobre su meso, en una media vuelta (180º), lateralizado a la derecha, enormemente dilatado y de color negro, gangrenado; su longitud era aproximadamente de unos 60 cm. y su diámetro de unos 12 cm. — Sobre el pie del vólvulo sigmoideo se había torcido el intestino delgado, envolviéndolo; dicho intestino pasaba por debajo del ileon, cerca de su desembocadura en el ciego, y saliendo hacia el lado izquierdo del abdomen. La última parte del ileon terminal y el mesenterio correspondiente formaban un anillo que comprimía fuertemente al intestino delgado y al sigmoide volvulados. Las asas del ileon terminal estranguladas estaban muy dilatadas por gas y líquido y de color negro, gangrenadas. Los vasos, tanto del mesocolon como del mesenterio, estában trombosados, las arterias sin latidos. Se procede a vaciar, por punción, el contenido gaseoso del sigmoide para proceder al desanudamiento intestinal, pero hay que recurrir a la resección intestinal para poder conseguirlo. Se efectua la enterectomia con anastómosis término-terminal, quedando el cabo distal a unos 10 cm de la válvula ileo-cecal. Se procede después a efectuar la sigmoidectomía —resecando oblicuamente los cabos intestinales—, con anastomosis término-terminal. Drenaje con dos tubos de Penrose, al Douglas y fosa iliaca derecha. Cierre de la pared en tres planos.

El contenido de las asas estranguladas era líquido intestinal y sangre en gran cantidad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

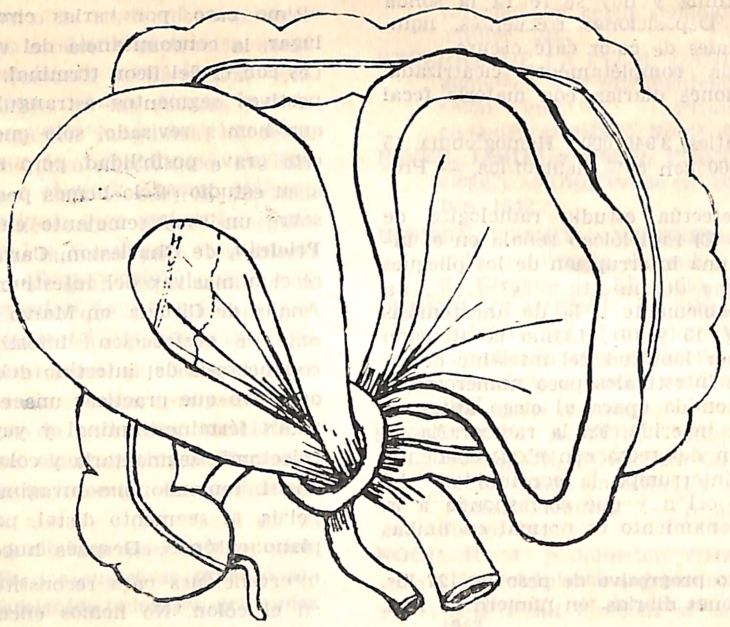


Fig. 17. — Esquema para apreciar la forma en que se había producido el vólvulo del sigmoide y del ileon terminal.

Después de estar en solución de formol durante 2 días, se midieron los segmentos resecados. El intestino delgado medía 1m. 35 y el sigmoides 45 cm. después de vaciado de gas y líquido.

Diagnóstico post-operatorio: Estrangulación intestinal por vólvulo del ileon sigmoideo y del intestino delgado.

Post-operatorio: plasma, transfusión sanguínea, sueros, oxigenoterapia, prostigmine, hormona córtico-suprarrenal, vitaminas, penicilina 100.000 unidades cada 2 horas, disminuyendo la cantidad a los 4 días, sulfadiazina, etc. Se intuba con sonda de Miller-Abbot.t

7—IX. — Se auscultan ruidos intestinales en lado izquierdo del abdomen. Aspiración intestinal 235 cc. liq. verdoso de olor intestinal.

8—IX. — Hay eliminación de gas por recto; después hace dos deposiciones melénicas.Hematíes; 3'000.000. Leocuccitos: 8.000 con 82% neutrófilos.

Cloro plasmático 248 mgr. % y globular 155 mgr. %. Proteinas 5.97 gr. % —

Fig. 19. — Radiografía tomada a las 24 horas de la ingestión de la comida opaca. Las flechas indican la zona de anastomosis. Buen funcionamiento.

Fig. 18. — Radiografía tomada 5 horas después de la ingestión de la comida opaca. La zona de anastomosis la indican las flechas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

10-IX.-Se retira el drenaje. Desde ayer se suspende la aspiración continua y hoy se retira la sonda de Miller-Abbott. — Deposiciones frecuentes, líquidas, con materias fecales de color café oscuro.

2—X. — Herida completamente cicatrizada. Siempre 2—3 deposiciones diarias, con materia fecal formada.

5—X. — Hematies 3'940.000. Hemoglobina 15 gr. %. Leucocitos 6.200 con 59% neutrófilos. — Proteinas 6.50 gr.%

20—X. — Se efectúa estudio radiológico de tránsito intestinal. — El radiólogo señala en el último tramo del ileon una interrupción de los pliegues normales características del intestino delgado, zona que corresponde probablemente a la de anastómosis término-terminal (Fig. 15 y 16). Llama la atención sobre la relativa menor longitud del intestino delgado, observándose asas intestinales poco numerosas, y habiendo llegado la comida opaca al ciego antes de una hora y media de ingerida. En la radiografía de colon señala, en unión del recto con el descendente, una zona donde se interrumpe la continuidad del contorno normal del colón y que corresponde a la anastomosis. El funcionamiento es normal en ambas zonas anatómicas.

28—X.—Aumento progresivo de peso de 127 lbs. a 133 lbs. — Deposiciones diarias, en número de 1 - 2, formadas. — Alta.

Se le siguió controlando en el Consultorio de Cirugía. — El 13—XI. reinicia su trabajo de costumbre sintiéndose muy bien. Deposiciones diarias normales. — —

Hematíes 3'180.000, con 13.5 gr.% de Hemoglobina. — Proteinas: 7.31 gr. %.

Reacción Kahn standard, negativa.

El 10—II—950 fué visto por última vez. Peso 137 lbs. — Sigue en su trabajo.

Deposiciones diarias, normales. No siente ninguna molestia.

Hematies 4'020.000.

COMENTARIO:

A pesar de que los vólvulos del colon sigmoide no son frecuentes, en el período de 1946-49, se han presentado 3 casos en el Hospital Obrero de Arequipa. El primero de ellos recidivado a los 4 meses después de habérsele efectuado la destorsión del asa volvulada. La segunda vez que ingresó se efectuó, también, la destorsión del asa volvulada, con ánimo de practicar la resección del sigmoides un tiempo después, pero el paciente rechazó ésta segunda intervención. En el post-operatorio hizo un ileo paralítico, después de dehiscencia de la herida operatoria, que pudo ser controlado por el sondeo y aspiración continua y las medidas asociadas. — En el caso Nº 2 una muchacha de 19 años que adolecía de un dolicomegasigmoide, y a quien se hizo la destorsión del asa volvulada como tratamiento de urgencia, tuvo después crisis seudo-oclusivas, regresando para practicársele la sigmoidectomía en un tiempo, previa cecostomía de derivación. El resultado fué excelente, reingresando a su trabajo en condiciones normales. El caso Nº 3 fué de suma gravedad y de gran complicación. Al vólvulo sigmoideo gangrenado se agregó el del ileon terminal, también gangrenado. Se efectuó enterectomía (de 1m. 35) y sigmoidectomía (de 0m. 45) en un tiempo, con anastomosis término-terminal y con resultado magnífico. A los 2 meses regresó a su trabajo, completamente recuperado, siguiendo hasta ahora, en condiciones de normalidad.

Conviene destacar la extrema rareza de este último caso, por varias circunstancias En primer lugar, la concomitancia del vólvulo del colon sigmoides con el del ileon terminal, con necrosis de los respectivos segmentos estrangulados. En la literatura que hemos revisado, sólo encontramos referencias a esta grave posibilidad, pero ningún trabajo dedicado a su estudio. Sólo hemos podido encontrar un relato sobre un caso semejante en el trabajo de William **Prioleau**, de Charleston, Carolina del Sur, sobre "Resección masivas del intestino delgado", aparecido en Anales de Cirugía, en Marzo de 1944. Se trata de un caso de obstrucción intestinal por estrangulación, con necrosis del intestino delgado y del colon, por lo que tuvo que practicar una enterectomía con anastómosis término-terminal y yeyunostomía a lo Witzel, colectomía segmentaria y colostomía del extremo proximal, teniendo que invaginar y abandonarlo en la pelvis, al segmento distal, por no alcanzar hasta el plano cutáneo. Después hubo que practicársele tres intervenciones para reconstituir el tránsito intestinal en el colon. No hemos encontrado ningún caso en que se hubiera hecho la anastómosis del ileon y del sigmoides en un solo tiempo.

En segundo lugar, por la longitud del intestino delgado resecado. Se sabe que estas resecciones adquieren particular importancia, cuando la longitud extirpada llega a ciertos límites. Descontando los riesgos quirúrgicos y las complicaciones post-operatorias, puede esperarse que un enfermo recupere el estado nutritivo normal cuando la longitud del segmento resecado no sea mayor del 33% de su longitud total. Se considera que el 50% es el límite máximo compatible con un resultado satisfactorio. La falta de adaptación a una resección masiva del intestino delgado se manifiesta por pérdida de peso, anemia, diarrea y, algunas veces, edema. En el caso Nº 3, que comentamos se resecaron 1m. 35 del ileon terminal, presentando en el post-operatorio, deposiciones frecuentes, líquidas y después formadas, que persistieron hasta un mes después de la operación, a pesar del régimen dietético hidrocarbonado-proteico; además presentaba anemia y disminución del peso corporal, como se observa en las resecciones masivas.

En el tratamiento quirúrgico de los vólvulos intestinales y particularmente en el del colon sigmoideo, creemos que debe procurarse efectuar el procedimiento radical, en un solo tiempo, es decir, la resección y anastómosis primaria. Se sabe todos los inconvenientes de los procedimientos, como el de Bioch-Paul-Mickulicz, que necesitan de 2 o 3 tiempos para completarlo, alargando el tiempo de la curación, con todas las molestias que ocasiona el ano artificial, mientras dura su funcionamiento. Debe considerarse también, para el planteamiento de este tratamiento radical, la frecuencia de las recidivas en los vólvulos del colón sigmoide, por las especiales características que llega a tener el asa volvulada. Así, en el primer caso que presentamos se produjo una recidiva a los 4 meses. Y en el caso Nc 2, se presentaron después de la destorsión del asa volvulada, crisis periódicas de dolor, con balonamiento y detención de gases que corresponden a posibles vólvulos sigmoideos reducidos espontáneamente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y abona en favor de este tratamiento en un tiempo, el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas; el procedimiento del sondeo y aspiración continua intestinal, que —al combatir la distensión— favorecen la normal evolución de las suturas intestinales, mejorando su irrigación sanguínea, el restablecimiento del equilibrio hidro-electrolítico, mediante las medidas adecuadas para lo cual se efectúan los controles sanguíneos necesarios hasta conseguirlo, el empleo del plasma humano para restablecer la volemia alterada por su gran expoliación, de sangre cuando sea necesario, que no sólo nos permiten este restablecimiento físico-químico, sino que también nos permiten evitar y luchar contra el shock y sus graves consecuencias.

Además disponemos de poderosos antibióticos (penicilina, estreptomicina, cloromicetina, sulfas) con los que podemos combatir la infección en condiciones nunca imaginadas antes.

A todo ello deben atribuirse los éxitos que hemos podido presentar. En los cuales se procuró seguir para su mejor tratamiento todos los principios enunciados y que han sido consagrados por cirujanos de la mayor experiencia.

RESUMEN

Se presenta tres casos de vólvulos del colon sigmoideo: el 1º recidivado dos veces, el 3º complicado, además, con vólvulo del ileon terminal.

Se destaca el gran valor del examen radiológico para el diagnóstico de la causa y de la localización.

El tratamiento consistió en el primer caso en la destorsión del asa volvulada. En el segundo, destorsión del vólvulo primeramente, seguido después de un tiempo, por sigmoidectomía con cecostomía previa. En el tercer caso, enterectomía y sigmoidectomía en un tiempo. Los resultados fueron excelentes.

BIBLIOGRAFIA

MONDOR, H. — "Diagnostic Urgents. Abdomen". — Masson. 1937.

URIBURU, JULIO. — "Oclusión intestinal. Tratamiento médico mediante el sondeo aspirador y medidas asociadas". — El Ateneo, 1945.

ROSS GOLDEN. — "Examen radiológico del intestino delgado". — Ed. Vasquez. 1947.

CHRISTOPHER, FREDERICK. — "Tratado de Patología Quirúrgica". — Wangensteen. Obstrucción Intestinal" — Ed. Interamericana, 1947.

PORTIS, SIDNEY A. — "Enfermedades del aparato digestivo". — Uteha, 1947.

THOREK. MAX. — "Técnica Quirúrgica Moderna" Salvat. 1941.

FINOCHIETO. ENRIQUE y RICARDO. — "Técnica Quirúrgica". — Ediar, 1949.

BECERRA DE LA FLOR, DANIEL. — "La oclusión volvular del colon sigmoideo". — Tesis de Bachiller. 1934.

BECERRA DE LA FLOR, DANIEL. — "La etiopatogenia de los estrangulamientos rotatorios del colón sigmoideo". — Primeras Jornadas Médico-Quirúrgicas del Norte del Perú. 1945.

RIVER, LOUIS y REED, FRANCIS. — "Vólvulo del ciego". — Anales de Cirugía. 1171-78, Diciembre, 1942.

HINTON, DRURY y STEINER, CHARLES. — "Vólvulo recidivante del colon sigmoide". — Anales de Cirugía. 454-56. Julio, 1942.

DENNIS, CLARENCE. — "Resección y anastómosis primaria en el tratamiento de la invaginación complicada con gangrena, no reducible, en la infancia". — Anales de Cirugía. 1516-23. Novbre. 1947.

SINGLETON, ALBERT: ROGER, FUNSTON y HOUSTON, FORREST GISH. — "El problema de los gases intestinales que complican la cirugía abdominal". — Anales de Cirugía, 41-54, Junio. 1942.

NOOR. R. J. y Johnston, CHARLES. — "Obstrucción del intestino delgado: cinco años de investigaciones". — Anales de Cirugía, 55-58, Junio. 1942.

SMITH, BEVERLY CHEW y VAN REUPEN, FREDERICK. — "Ileo agudo". — Anales de Cirugía. 396-405, Marzo, 1943.

ELIASON E. L. y WELTY. ROBERT F. — "Un estudio decenal sobre la obstrucción intestinal". — Anales de Cirugía. 57-65 Enero 1947.

WHITE, WILLIAM CRAWFORF y AMENDOLA, FREDERICK H. — "Ventajas e inconvenientes de la colectomía cerrada". — Anales de Cirugía. 1547-52. Octubre. 1944.

RIVER, LOUIS y GUBLER, JOHN A. — "Un caso de megacolon transverso con vólvulo crónico" — Anales de Cirugía. 752-56, Mayo, 1943.

COGSWELL. H. G. — "Resección masiva del intestino delgado". — Anales de Cirugía. 379-84, Febrero, 1948.

PRIOLEAU, WILLIAM H.: "Dos casos de resección masiva del intestino delgado". — Anales de Cirugía, 381-85, Marzo, 1944.

HINTON, WILLIAM y LOCALIO, S. ARTHUR. — "Resección y anastómosis de colon en un tiempo". — Anales de Cirugía. 13-28. Enero, 1948.

GATLING. R. R. y KIRBY-SMITH. H. T. — "Volvulus del colón siempido". — Anales de Cirugía, 2317-21. Novbre, 1948.

EVANS, EVERET IDRIS. — "El mecanismo del shock en la estrangulación intestinal". — Anales de Cirugía. 31-41, Enero, 1943.

ABBOTT, W. F., MELLORS, R. C. y MUNTWYLER, E. — "Las modificaciones del tenor de agua, proteínas y electrolitos en la obstrucción experimental del intestino". — Anales de Cirugía, 42-54. Enero, 1943.

MARTINI, TULIO. — "Dolico-sigma en un caso de Tuberculosis pulmonar. Oclusión aguda por vólvulo" — Día Médico 52. Nº 4. 1942.

DELRIO, JOSE M. A. — "Ileo u oclusión intestinal" — Día Médico, 1196 y 1219, Nos. 46 y 47. 1942.

MADDOCK, WALTER G. — "Equilibrio hídrico-salino y nutritivo del operado". — Día Médico, Suplementos Nos. 8 y 9. 1949.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

COLECISTECTOMIA DE UNA VESICULA BILIAR DOBLE

DRES. JORGE M. JARUFE S.

Y MANUEL de TORRES M.

Trabajo presentado al Capítulo de Arequipa del IV Congreso Peruano de Cirugía

C. de T., de 49 años de edad, casada, natural de Palestina y vecina de Arequipa.

Padre murió de Bronconeumonía, a los 60 años. Madre vive sana. Tiene dos hermanos vivos que están sanos.

Ha tenido cinco hijos; los dos primeros muertos en la infancia; los dos siguientes viven; el último falleció en la infancia.

Ha vivido en Juliaca y Cuzco muchos años, habiendo padecido hipertensión arterial (hasta 22-11) con trastornos funcionales tales como cefaleas, disnea de esfuerzo, insomnios; algunas veces las cefaleas han sido tan intensas que han obligado a sangrías, de las cuales se le hicieron hasta tres en el curso de algunos años. Hace aproximadamente diez años se traslada a esta Ciudad, en donde sus trastornos hipertensivos mejoran algo; pero siempre manteniéndose su presión máxima por encima de 19. Niega todo otro antecedente patológico.

En el mes de Setiembre de 1.948 tiene un cólico hepático, con dolor violento en hipocondrio derecho, con irradiación al hombro, estado nauseoso intenso, y vómitos de tipo bilioso. Es atendida por un colega; y en pocos días el proceso cede, sin mayores manifestaciones durante todo un año. En setiembre del 49, bruscamente repite el cólico, con caracteres de mayor agudeza, con dolor en hipocondrio derecho, que refleja intensamente en la base del hemitorax del mismo lado, nauseas muy molestas, llegando la intolerancia gástrica a no admitir ni pequeñas cantidades de agua, ni siquiera pequeños trozos de hielo en la boca. En estas condiciones consulta con nosotros y al examen se aprecia: Temperatura: 38' 5º pulso a 70 por minuto; facies de gran angustia; respiración abdominal muy superficial; lengua saburral; dolor exquisito en punto cístico, con defensa y empastamiento en la zona de Chauffard; hay irradiaciones dolorosas hacia atrás, especialmente en la Base del hemitorax derecho. Se le prescribe reposo absoluto, hielo al vientre, morfina y dieta absoluta, porque la intolerancia gástrica es total. El dolor cede por unas horas, repitiendo el cólico casi enseguida; se le inyecta dextrosa con Cibalgina, que calma momentáneamente el dolor, para repetirse horas más tarde; en este estado, de mejorías transitorias y agudizaciones del dolor, transcurren tres días, sin que los calmantes habituales manifiesten una acción prolongada. Al tercer día el dolor es ya más tolerable; pero el estado nauseoso continúa y mortifica mucho a la enferma. Se continúa el tratamiento médico y después de ocho días, el cuadro regresa por completo. Una semana después se le practica Colecistografía con Priodax, cuyo resultado es negativo. Entonces la enferma resuelve ir a Lima, en donde se le practica nueva Colecistografía, con el mismo resultado que la anterior y se le hacen una serie de exámenes de Laboratorio con los siguientes resultados:

Durante su estancia en Lima repite el cólico con caracteres muy similares a los observados aquí; cuando desaparece, y se encuentra repuesta, retorna a esta Ciudad, en el mes de Noviembre. A mediados del mismo mes, nuevo cólico con caracteres similares a los anteriores, pero que reviste una mayor gravedad, pues se presenta con dolores lancinantes que no ceden a los calmantes habituales ni a la morfina; estado nauseoso y vómitos incoercibles; ictericia que progresivamente se acentúa; fiebre y taquicardia. El estado general se altera rápidamente, y en estas condiciones se realiza una junta con el Dr. Bustamante y Rivero, en la que después de amplia discusión, se acuerda tratar de enfriar el proceso a toda costa, porque una intervención quirúrgica en tales condiciones presupone un grave riesgo para la enferma. Se instaura un tratamiento a base de Penicilina (400.000 unidades diarias), Estreptomicina (1 gramo pro die), Suero dextrosado, Vitaminas, etc., y alimentación muy parca, de acuerdo a la tolerancia gástrica de la enferma. Este estado, con ligeras intermitencias, se prolonga durante quince días, al cabo de los cuales se restablece el estado general, cesan los dolores, aunque persiste la ictericia, practicándose el 10 de Diciembre nuevos análisis, con el resultado que se transcribe.

Teniendo en cuenta los antecedentes del caso, pese a que el índice ictérico aún se mantiene alto, y ante el temor de que un nuevo cólico agrave la situación de nuestra enferma, resolvemos aprovechar la pausa atenuada de su evolución y decidimos la intervención quirúrgica inmediata, pues ya no cabe duda de que se trata de una caso de Colecistitis crónica, con agudizaciones periódicas y violentas, y de caracter progresivo en su gravedad a medida de su evolución. Tenemos también en contra, un déficit del funcionalismo hepático muy notable; pero también pensamos que la espera no hace sino agravar más esta insuficiencia, ya que está originada por

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS Y DOSAJES PRACTICADOS EN

SANGRE	30—Sept.—49	10—Dcbre.—49
Bilirrubina directa	3'90 mlgs. %	2'00 mlgs. %
Bilirrubina indirecta	6'10 mlgs. %	4'20 mlgs. %
Bilirrubina total	10'00 mlgs. %	6'20 mlgs. %
Indice ictérico	32 Unidades	26 Unidades
Proteinas totales	6'40 %	6'20 %
Albúminas	2'81 %	2'78 %
Globulinas	3'59 %	3'42 %
Coeficiente A/G	0'78 %	0'64
Prueba del Oro coloidal	Positivo 4 +	Positivo 4 +
Prueba de Hanger; Cefa-Colest	+ a las 24 horas	+ a las 24 horas
Turbidez del Timol	9'0 unid. Mac Lagan	7'0 unid. Mac Lagan
Tiempo de Protrombina	2' 32"	2 '16"
Tiempo de sangría	3'	1 y ½'
Tiempo de coagulación	12'	9'
LEUCOCITOS	11.000 por mm.c.	14.000 por mm.c.
HEMATIES	3.800.000 por mm.c.	4.160.000 por mm.c.
Pol. Eosinófilos	0 %	0 %
Pol. Basófilos	0 %	0 %
Pol. Neutrófilos	89. %	86 %
(Abastonados	15 %	13 %
(Segmentados	74 %	73 %
Monocitos	3 %	4 %
Linfocitos	8 %	10 %
Reacciones de Kahn y Mazzini	Negativas	No se efectúan

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

RESULTADOS DE LOS ANALISIS DE

ORINA	30—Sept.—49	10—Dcbre.—49
Densidad	1020	1020
Color (escala Votgel)	3	3
Reacción	ácida	ácida
Albúmina	0'70 grs. p. mil	0'40 grs. p. mil
Glucosa	vestigios	—
Acetona	—	—
Acido diacético	—	—
Pigmentos biliares	+ + + +	+ + + +
Urobilina	+ +	+
Acidos biliares	+ +	+ +
Indican	—	—
Urea	12'00 grs. %	14'00 grs. %
Cloruros	8'00 grs. %	9'00 grs. %
Fosfatos	2'00 grs.. %	1'10 grs. %
Acido úrico	0'70 grs. %	0'65 grs. grs. %
SEDIMENTO	Abundantes leucocitos y células epiteliales	Abundantes leucocitos células epiteliales y hematíes; urato de sodio.

una vesícula que no trabaja y cuyo fisiologismo se halla profundamente alterado

En estas condiciones, pensamos que el tratamiento intenso a que ha sido sometida la enferma ya ha constituído un preoperatorio bastante adecuado; el día 14 de Diciembre es llevada a la Sala de Operaciones y se practica la intervención quirúrgica, cuya hoja operatoria es como sigue:

DIAGNOSTICO CLINICO: Colecistitis crónica, de cólicos repetidos, que no cede al tratamiento médico.

OPERADOR: Dr. Jorge M. Jarufe

AYUDANTE: Dr. M. de Torres Muñoz

ANESTESIA: Se empieza la intervención con anestesia local hasta la apertura del peritoneo, continuándose después con eter en aparato de Ombredane.

TIEMPO que ha durado: 55 minutos.

ACCIDENTES: Ninguno.

DIAGNOSTICO OPERATORIO: Vesícula un poco grande, dura, incurvada sobre sí misma, cuyo fondo no se ve por hallarse adherido en la región duodenal, repleta de pequeños cálculos que se perciben a la palpación. Cístico, engrosado e incurvado, de implantación transversal. Hígado voluminoso, con lóbulo de Spigel muy desarrollado, duro, algo moscado y muy friable.

PROCEDIMIENTO EMPLEADO: Incisión de Kher. Al abrir el peritoneo se hace necesario rechazar el hígado hacia arriba, descubriendo gran parte de su cara inferior sin poder percibir la vesícula. Al fondo de la herida operatoria, se percibe una formación dudosa, pero al tacto se notan concreciones calculosas en su interior, lo que nos indica que se trata del órgano que buscamos. Con el dedo empezamos a bordearlo siguiéndolo hacia la derecha y hacia abajo, y al hacerlo se van desprendiendo adherencias, que en un momento determinado hacen saltar el fondo de la vesícula hacia el campo operatorio. Se intenta buscar un plano de clivaje para separarla del lecho hepático, pero al menor intento el hígado, muy friable, se desgarra. Intentamos practicar una decolación subserosa, pero no es posible porque las paredes de la vesícula, muy endurecida, no permiten la maniobra; tenemos pues, que ir separando con toda suavidad y delicadeza, hasta lograr individualizar perfectamente la vesícula y su pedículo cístico. El lecho hepático sangra regularmente, por lo que se tapona con una gasa para continuar la operación. Llama la atención y pone una nota de duda el aspecto del cístico, el cual, en medio de un magma de adherencias, que no permiten individualizarlo con toda precisión, se nota muy ancho y al tacto da la impresión de que son dos conductos que transcurren paralelos y envueltos en una serosa común. Como no puede tratarse de otra formación anatómica, resolvemos ligar el pedículo y extirpar, por encima de la ligadura, la vesícula, ya aislada. Al extraer la vesícula comprobamos la anomalía anatómica que describiremos más abajo. Ex-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOTECA ENRIQUE ENCINAS HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

ploramos colédoco, sin encontrar ningún defecto (No se hace colangiografía operatoria por no tener la instalación adecuada). Peritonizamos el muñón, colocamos una gasa taponando el lecho hepático, "dren" en cigarrillo en el muñón, y cerramos el vientre por planos.

HALLAZGO ANATOMICO: Una vez terminada la operación reconocemos la pieza obtenida, cuyo aspecto exterior es de dimensiones un poco superiores a los normales. Abierta, introduciendo una rama de tijera por uno de los dos conductos císticos que abocan, encontramos su pared engrosada; la túnica mucosa llena de pliegues abollonados, respondiendo a su estado inflamatorio; llena de bilis mucosa muy espesa y de cálculos del tamaño, forma y color de lentejas, retirando de los mismos hasta unos cuarenta; y, tabicada, longitudinalmente, para dar lugar a otra cavidad, totalmente independiente, que desemboca en un conduco paralelo al de la anterior, también independiente, abocando ambos separadamente en su terminación. Igual que en la cavidad primeramente descrita, en esta también se encuentran formaciones calculosas, en número aproximado de treinta y con las mismas características que los otros. Se trata pues de dos cavidades vesiculares constituyendo un solo conjunto, pero a pesar de formar una unidad anatómica, ambas funcionan separadamente, ya que no hay conexión entre las dos y cada cual vierte su bilis al colédoco por un conducto cístico propio e independiente. Adjuntamos un esquema que dará mejor idea de la formación anatómica motivo de este trabajo.

CURSO POST-OPERATORIO: Transcurre normal durante las primeras horas; pero a las cinco de la tarde se presenta estado colapsiforme, no obstante haberse tomado medidas de precaución, con algidez, frialdad de las extremidades, pulso a 120, blando y depresible, la Tensión arterial cae a 12/10, y el estado general sumamente precario nos obliga a una terapéutica antisshoc muy activa: Inyecciones de Plasma, Beclisil, tonicardiacos, etc. El shoc persiste durante toda la noche y el día siguiente, pero al tercer día la presión máxima sube hasta 15 y el estado general mejora. Localmente la evolución es satisfactoria y el "dren" dá poca secreción serosanguinolenta. Al tercer día de la operación hay movimientos intestinales, vientre depresible, lo que permite retirar el drenaje, dejando solamente la gaza del lecho hepático que se moviliza al quinto día. Al sexto día de la operación tiene un escalofrío, la temperatura sube hasta 38'8º, tose, arranca algunos esputos hemoptoicos, y por auscultación constatamos un foco neumónico en la base del hemitórax derecho; le aplicamos Penicilina (50,000 U. cada 3 horas) y Estreptomicina (½ gramo cada 12 horas), y al día siguiente la temperatura cae hasta 37'8º para subir en la tarde a 38'7º, descender una vez mas a la mañana siguiente y por la tarde nuevamente subir hasta 38'9º A estas alturas, octavo día de la intervención, podemos comprobar, clínica y radiológicamente, que su condensación pulmonar ha desaparecido y ha quedado un ligero derrame pleural en el mismo lado. Continuamos sin interrupción el tratamiento de Penicilina y Estreptomicina y añadimos Cloromicetina (50 centígramos como primera dosis y en lo sucesivo 25 cada 3 horas), y desde esa fecha la temperatura desciende, hasta hacerse normal el undécimo día de la intervención; desapareciendo, a su vez, el derrame pleural. En estas condiciones y habiéndosele retirado los puntos el octavo día, la enferma es dada de alta de la Clínica, trasladándose a su domicilio en donde al día siguiente es sorprendida porque el vendaje se le ha empapado de secreción amarllenta. Al hacerle la curación comprobamos una fístula biliar que da abundante cantidad de bilis amarilloverdosa, ligeramente mucosa. Se le hacen dos curaciones diarias persistiendo la fístula durante 20 días, cerrándose expontáneamente al cabo de ese tiempo. Es de advertir que al instaurarse la fístula, hemos empezado a administrar alimentación completa, rica en proteinas, grasas y huevo, con objeto de estimular el drenaje de la bilis hacia el dudeno, lo que en nuestro concepto ha favorecido el cierre relativamente rápido de su fístula. Así mismo contribuye eficazmente la administración de Cloromcetina que hemos iniciado y continuado hasta que la bilis se ha aclarado y fluidificado. Este medicamento se le administra en dosis fraccionadas hasta un total de 12 gramos.

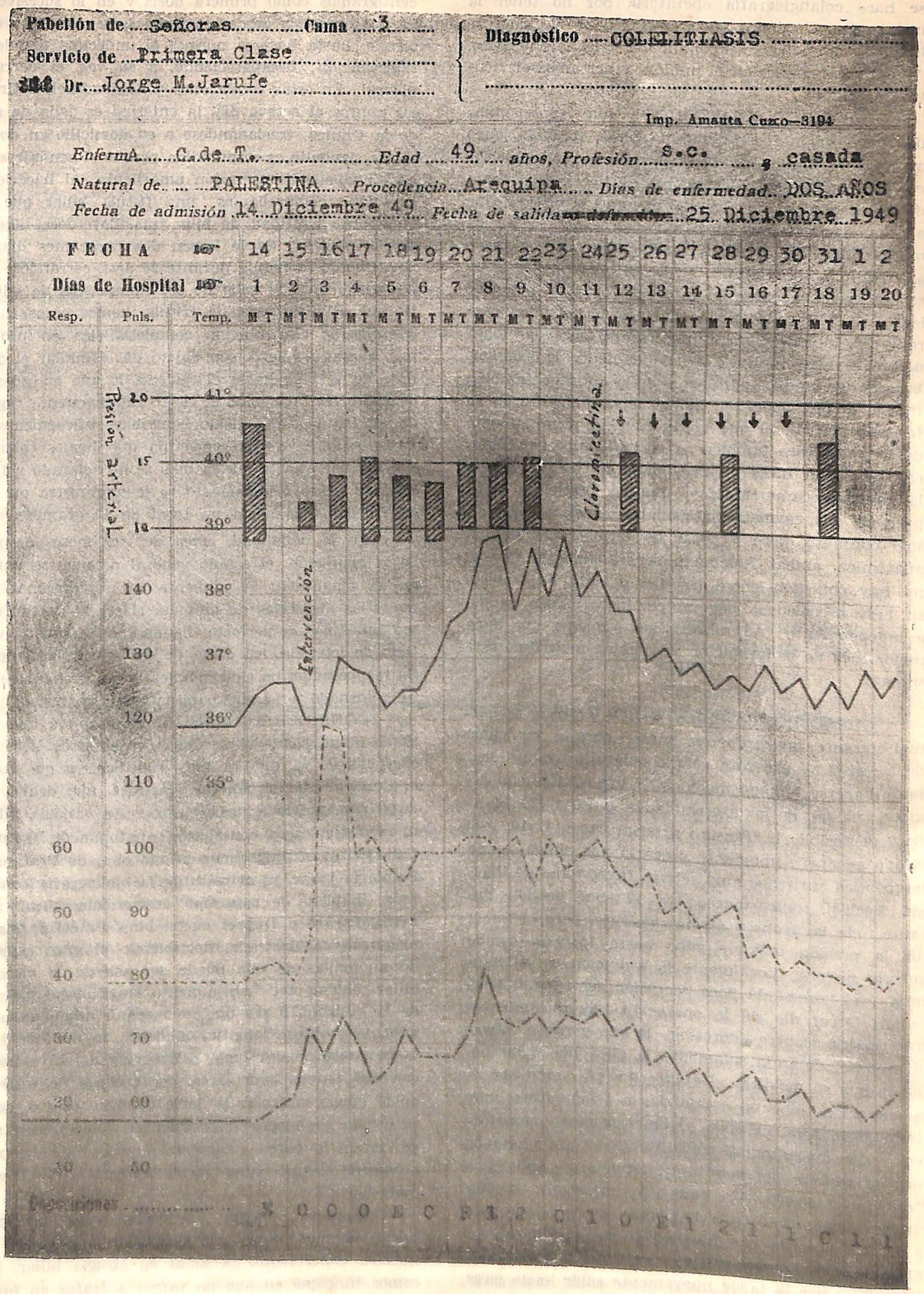
En la acualidad, cerca de tres meses después de la operación, el estado general de nuestra enferma es magnífico: Se alimenta sin restricciones, sin molestias digestivas de ninguna clase, su funcionalismo intestinal es perfecto, ha desaparecido todo vestigio de ictericia, asi como de dolores y flatulencias. Su recuperación ha sido completa y su presión arterial ha retornado a la que habitualmente mantenía.

CONSIDERACIONES: El hallazgo de una vesícula biliar, como la reseñada por nosotros, debe ser excepcional, ya que es muy significativo que ni el anatómico español **Martín Martinez**, que dedica un largo comentario a "casos raros" de vesícula biliar, ni la meticulosa y consagrada Anatomía de **Testut** y **Latarjet**, ni la muy documentada obra de **Prat** sobre Patología biliar, ni el resto de la bibliografía consultada, hablen de este tipo de vesícula. Tan solo **Petre, Lacaze** y **Dupret** en su obra Practica Anatomoquirúrgica ilustrada, decribiendo el gran número de anomalías de que puede ser asiento la vesícula biliar, hablan del "tabicamiento longitudinal parcial" de la vesícula, o sea que no reseñan ningún caso de vesícula tabicada longitudinalmente en un todo hasta el punto de dar lugar a dos verdaderas vesículas, con dos fondos vesiculares, dos cuerpos de vesícula, doble cuello vesicular y doble conduco cístico, constituyendo realmente dos vesículas biliares, con solo de común la pared medianera, que las une y separa al mismo tiempo, como puede apreciarse en nuestro esquema.

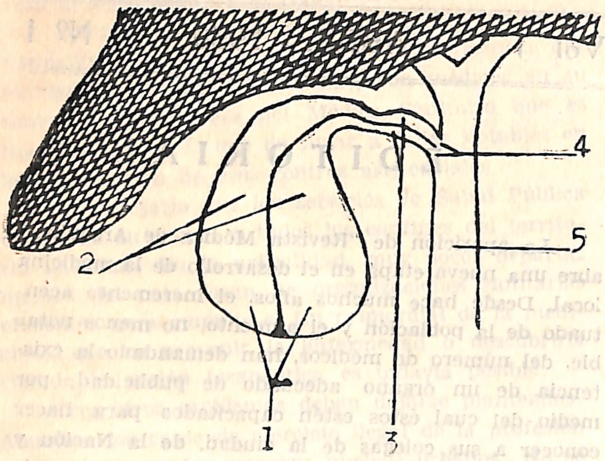
Queremos además aprovechar este caso para hacer algunas otras consideraciones emanadas de nuestro experimento personal en cirugía biliar. Hacemos hincapié en que no vamos a tratar en forma exhaustiva, ni siquiera con gran amplitud, los puntos cuyo análisis vamos a efectuar, sino solamente recoger en forma somera lo que consideramos que tiene un interés que la práctica diaria enseña y es necesario remarcar.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

OBSERVACION CLINICA



Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



VESICULA BILIAR
1 Doble fondo — 2 Doble cuerpo
3 Doble cuello — 4 Doble Cístico
5 Conducto Hepático - colédoco

En primer término, llama la atención la evolución rápida del proceso vesicular en nuestra enferma. Y, junto a su rapidez, la gravedad de sus crisis cólicas. Podríamos quizás atribuir ambas cosas a la configuración anatómica especial. No creemos que el proceso haya sido tan reciente como la historia clínica manifiesta. En efecto, es cosa ya conocida, y Cardenal la remarca que la simple presencia de cálculos en la Vesícula no constituye por si sola una enfermedad. Por otra parte, hay que tener en cuenta la frecuencia mayor de la Colecistitis calculosa en la mjer (Robertson, Otto de Muth, Prat y otros) Ahora bien, para que la enfermedad se manifieste clínicamente, es necesario que exista un proceso inflamatorio y una retención de bilis en la vesícula, que origina el cuadro de obstrucción vesicular capaz de producir cólicos. Estas circunstancias especiales se crean debido a múltiples mecanismos que están en relación con un fisiologismo alterado en el mecanismo quinético de la excreción biliar (uso de corsé ajustado, embarazo, etc.) Pero cuando esta circunstancia se instaura, desencadena el cuadro biliar típico, que muchas veces en forma aguda pone en peligro la vida del enfermo. Esta razón hace que muchos autores, entre ellos **Johnstone** y **Ostendorph**, aconsejen el tratamiento quirúrgico precoz de las colecistitis agudas tan pronto se haya preparado convenientemente el enfermo. **Blarse**, fundado en una experiencia de 253 casos de su práctica, también opina que es preferible la operación precoz. En nuestro caso podemos atribuir la rapidez y gravedad de los cólicos a que en realidad se trata de dos vesículas que funcionan independientemente y que por tanto crean una patología doble, pudiendo hacer responsable a una u otra en cada caso de cólico, de tal manera, que al desinflamarse una de ellas puede entrar en evolución la otra, creando un complejo proceso de inflamaciones en ambas cavidades que forzosamente darán lugar a crisis obstructivas frecuentes y de mayor gravedad. Por otra parte, la configuración anatómica especial del conjunto vesicular, replegado sobre sí mismo, acodado el cuello de cada una de ellas crea condiciones óptimas de extasis biliar e inflamación por la obstrucción mecánica que presupone el acodamiento en cuestión. De ahí que tuviera que surgir la indicación perentoria de una operación lo más precoz posible, para no dar lugar a que un nuevo cólico viniera a agravar, más aún, la situación de la enferma.

En segundo lugar, en cuanto a la técnica de la operación, solamente queremos discutir la conveniencia o nó del drenaje en este tipo de operaciones, a pesar de que autoridades tan notables como **Mirzzi** y otros, son partidarios de la colecistectomia ideal, cuando se llenan los requisitos de técnica, que, según el autor citado son: 1) Peritonizar el lecho de la vesícula y las superficies cruentas; 2) cerrar perfectamente de cístico seccionado; y 3) Tener la seguridad de que no hay ningún obstáculo en la vía principal; nosotros creemos que es mejor drenar en todos los casos. Nada se pierde con el drenaje, y el pequeño exudado que forzosamente ha de producirse por el simple hecho de las maniobras operatorias, es suficiente por sí solo para crear, ya adherencias, organizándose, ya otro tipo de trastornos, que pueden suponer perturbaciones en el futuro. Esto cuando no ocurran cosas más graves, como la falla de la sutura del muñón, que puede ocurrir a pesar de toda la técnica precisa, o bien a obstrucciones coledocianas, que hayan escapado a todas las técnicas de exploración del conducto. Tenemos a la mano el interesante trabajo del distinguido Cirujano peruano Dr. **Francisco Villa-García**, comunicado a la Academia Peruana de Cirugía en Octubre del pasado año, en que relata, entre otros, un caso de Colecistectomía ideal, que sin embargo dió lugar a una retención biliar, debiendo haber sido reoperado el enfermo. A propósito de este caso, el Dr. Villa-García expresa que aquella vez puso la técnica a prueba por tratarse de uno de los casos llamados ideales, y luego dice: "Suponemos que se produjo un pequeño trasudado, que determinó una pericoledocitis y un espasmo del esfinger de Oddi, el que determinó, a su vez, la presión en el coledoco, la caída de la ligadura cística y la bilirragia en la cavidad peritoneal". Coincidimos con este criterio y pensamos que este mecanismo se puede producir independientemente de una técnica perfecta y meticulosa y que más vale no correr el riesgo de que así ocurra. Por otra parte, en nuestra experiencia, hemos podido observar numerosos operados de vías biliares en los que no se drenó y que aquejan síndromes dolorosos y trastornos diversos de la región hepática en un porcentaje infinitamente superior a aquellos casos que han sido drenados.

En tercer lugar, hacemos notar las lesiones hepáticas coexistentes, que **Corachan**, **Vilardell** y **Corachan Llort**, entre otros autores, ya señalan, y que interpretan como una hepatiiis intersticial, localizada principalmente en el tejido conjuntivo periportal Este hecho hay que tenerlo muy en cuenta para decidirse a la intervención precoz, ya que la espera no hace sino agravar el estado de la célula hepática, que puede llegar hasta la cirrosis.

Finalmente, queremos hacer mención de la fístula biliar que acompañó al postoperatorio, y que, en nuestro concepto, puede atribuirse a la falla de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la ligadura del muñón, por las condiciones de friabilidad de los tejidos sobre los que operábamos. A este problema, de las fístulas bliares, dedica su Tesis Doctoral Pérez Macías, haciendo notar la gravedad de esta complicación. Hemos recogido poca bibliografía a este respecto, pero de nuestra experiencia personal podemos deducir, que su gravedad no es tan grande como parece, ya que siempre tiene tendencia a la curación expotánea y creemos que puedan ejercer, un gran influencia para este resultado, dos factores importantes: uno de ellos, estimular el flujo de la bilis hacia el interticio, lo que consigue con una alimenación completa; y, por otra parte, la esterilización de los gérmenes que han infectado los conductos biliares, sobre los que parece ejercer una influencia decisiva la Cloromicetina. En nuestro caso hemos podido observar, que en cuanto se administró Cloromicetina a nuestra enferma, el reflujo biliar tiende a ser cada vez más fluído, menos coloreado, desapareciendo poco a poco el moco, y disminuyendo progresivamente en cantidad, hasta que un día cierra de manera definitiva y sin crear perturbaciones de ninguna clase, Esto nos induce a propugnar el empleo de este medicamento, sistemáticamente en el post-operatorio de los enfermos biliares, como nosotros venimos haciendo desde entonces, con resultados muy satisfactorios.

BIBLIOGRAFIA

BLARSE C. — The Journal The of American Medical Association; Febrero 1944.

CARDENAL PUJALS L. — Boletín de los Colegios Médicos de España; Año 1, Vol. 1.

COBACHAN M., VILARDELL J. y CORACHAN LLORT M. — Revista de Cirugía de Buenos Aires; Diciembre 1930.

DAVIDSON P. — Conc. Méd., 1948.

DELUCHI Levene A. — Rev. Méd. C. Afines; 90; pág. 789; 1946.

JOHNSTONE G. A. y OSTENDORPH J. — Archives of Surgery 53, 1-105, Julio 1946.

MARTINEZ M. — Anatomía completa del hombre con todos los hallazgos, nuevas doctrinas y observaciones raras hasta el tiempo presente, y muchas advertencias necesarias para la cirugía: Según el methodo conque se explica en nuestro Theatro de Madrid (Editada en Madrid en 1752)

MIRIZZI — Arcivo Italiano della Malattie dell'A pparato Digerente; Octubre 1933.

MIRIZZI P. L. — Día Médico; 35; pág. 1488.

MUNK F. — Dets. M. Woch; año 1942.

OTTO DE MUTH. — The Journal of the International College of Surgeons; Noviembre y Diciembre 1942.

PAITRE F., LACAZE H. y DUPRET S. — Practica Anatomoquirúrgica Ilustrada; Salvat Editores S. A. Buenos Aires, 1936.

POLLEUSE F. — Presse Médic.; 1947.
gica, Buenos Aires: 3 Tomos.

PRAT D. — Patología Biliar: Editorial Med.-Quirúrgica, Buenos Aires

PEREZ MACIAS J. M. — Fístulas biliares y su exploración radiológica; Tesis doctoral, 25 Junio 1934.

RIBA L. W. y SCHMIDLAPP C. J. — Surg. Gyn. and Obst.; 83: 1946.

ROBERTSON. — Surg., Gyn and Obst.: 80; 1945.

SCHIASSI B. — Policlínico: pág. 53, 1934.

TESTUT L. y LATARJET A. —Anatomía Humana; Tomo 4, parte primera; VIII edición. 1931.

TORRES G. y OLIVER E. — Rev. Clin. Esp.: 1945

VILLA-GARCIA F. Bol. Acad. Per. de Cirg.; 12, 1949

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

Vol I ABRIL - 1950 Nº I

EDITORIAL

La aparición de "Revista Médica de Arequipa", abre una nueva etapa en el desarrollo de la medicina local. Desde hace muchos años, el incremento acentuado de la población y el aumento, no menos notable, del número de médicos, han demandado la existencia de un órgano adecuado de publicidad, por medio del cual éstos estén capacitados para hacer conocer a sus colegas de la ciudad, de la Nación y del extranjero, las experiencias adquiridas a través del trabajo diario en los hospitales, en los dispensarios, en la práctica privada o en las dependencias de Salud Pública.

Estéril es la labor del profesional que no publica los resultados de sus investigaciones médicas. Podrá adquirir prestigio local, resolviendo uno a uno los problemas que se presenten durante su ejercicio, pero él mismo no sacará ventaja de su experiencia, la cual, por ser naturalmente desordenada, pecará siempre de fragmentaria e insuficiente, si no median el estudio integral de los casos que presupone mayor acuciosidad en la obtención e interpretación de los datos de la que se necesita habitualmente para hacer un diagnóstico e indicar un tratamiento, y, la exposición del trabajo a la crítica de los otros, la que, por científica, debe ser siempre sincera. Tampoco podrá él contribuir al progreso de la medicina, que, en suma, no es más que el conjunto de las investigaciones que continuamente publican los médicos de todo el mundo.

La Revista Médica de Arequipa no restringirá su campo al puramente especulativo. En nuestro país subsisten hasta hoy graves situaciones en el aspecto médico que es imperioso solucionar. Vivimos una grave crisis de la enseñanza médica. Inexplicablemente se colmó de estudiantes la Facultad de Medicina de Lima, sin pensar que esa Facultad sólo dispone de medios muy limitados y, que la plétora de alumnos traería a la larga muchos médicos, pero muy mediocremente formados. El reconocimiento de este error ha obligado a pensar en la organización de nuevas Facultades, habiendo sido creada últimamente, de manera oficial, la de Arequipa. El camino es el verdadero, pero no debe olvidarse que toda precipitación redundará en perjuicio del éxito de la obra. La creación de una Facultad de Medicina presupone la presencia de maestros especializados, particularmente en las ciencias básicas, del equipo suficiente para el entrenamiento individual de cada uno de los alumnos seleccionados, y, de la existencia de por lo menos un centro hospitalario, adecuadamente dotado —con toda la extensión que este término implica en la actualidad—. La formación del médico no puede aceptar improvisaciones ni economía de tiempo. El médico lleva sobre sí la responsabilidad de la conservación de la salud, en el aspecto personal y en el colectivo, y, su preparación necesita, además de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

técnica, el aprendizaje de la disciplina en el trabajo, y, lo que es más difícil, el don de hacer el bien, el respeto a los demás y el respeto a sí mismo.

Nuestro sistema asistencial requiere perfeccionamiento. Algunas Sociedades de Beneficencia que sostienen hospitales, no cuentan con médicos en su seno —con excepción del Médico Sanitario que es miembro nato— lo que da lugar a fallas notables en la organización de esos centros asistenciales.

Es necesario que los servicios de Salud Pública extiendan su acción a todos los confines del territorio nacional. En la actualidad, muy pocos departamentos del país gozan de organizaciones sanitarias eficientes para cumplir el fin primordial de la medicina, que es prevenir la enfermedad o descubrirla cuando la acción terapéutica es todavía posible.

Tres otros problemas deben dejarse planteados. Abundan los casos de ejercicio ilegal de la profesión médica, aún en los mayores nucleos urbanos. No se reprime en todos los casos el delito de aborto conforme la ley señala. No existe una Farmacopea Nacional, ni siquiera se ha adoptado alguna de las extranjeras modernas.

Son los médicos peruanos, y solamente éllos, los llamados a sugerir a quien corresponda las medidas necesarias para corregir tales situaciones, a fin de lograr que el ejercicio de la medicina en el Perú, esté a la altura que merecen las honrosas tradiciones de la Patria y el anhelo de superación de sus habitantes.

La Revista Médica de Arequipa, tendrá abiertas sus páginas a la opinión de los médicos nacionales, siempre que esté inspirada en principios técnicos y cuando no persiga otro fin que el bienestar de la colectividad.

COMENTARIOS

REFLEXIONES SOBRE EL PANORAMA DE LA MEDICINA

Muy difícil resulta la exposición sintética de una ciencia tan vasta como es la Medicina actualmente. Sus múltiples vinculaciones con todos los ramos científicos, ensanchan y difuminan sus límites. La investigación alcanza profundidades difíciles de seguir. Por eso, este artículo sólo pretende exponer ciertos aspectos de la Medicina, sobre los que vale la pena meditar, por el interés que tienen para el médico como profesional.

Aspecto Científico.—La Clínica, en su afán de perfeccionar al máximo, la interpretación de los síntomas y signos obtenidos por la anamnesis y los exámenes físicos y psiquícos del enfermo, llegó a su Edad de Oro, diluyéndose en un encaje de detalles que la elevaron a la categoría de arte sutil y complejo. Pero necesitando avanzar más aún, hubo de apelar a los conocimientos conseguidos en otros campos científicos. De este modo cobraron gran impulso y jerarquía los ramos llamados auxiliares, como el Laboratorio, la Radiología, la Biología, la Fisico-química, la Microscopía etc., etc. Con su auxilio, se abrieron nuevas rutas de horizontes insospechados, hacia los campos de la Endocrinología, la Inmunología, la Psiquiatría, la Terapéutica, etc.

En esta vertiginosa carrera de descubrimientos, se han ido sucediendo, sin interrupción, tales renovaciones de conceptos que, la Medicina de este siglo, no tiene casi semejanza con la de los pasados. Las hormonas, las vitaminas, los antigenos y anticuerpos, los alergenos, los antibióticos son temas que han jalonado esta carrera. Se va ya penetrando en la era atómica. El estudio de los isótopos radioactivos abre un campo de perspectivas imprevisibles. Finalmente, la Psiquiatría, tan compleja y discutida, se va afirmando con caracteres cada vez más científicos, ofreciendo posibilidades ilimitadas.

Este enorme desarrollo en extensión y profundidad, ha determinado la subdivisión de la Medicina, en ramos divversos que constituyen las especialidades, como solución obligada para la profundización del estudio de cada tema.

Aspecto profesional.—Tanto el desarrollo, como la subdivisión anotadas, comportaron cambios substanciales, en la profesión médica. Con las especializaciones surgieron los especialistas.. Estos a fuerza de polarizar su interés y actividad, en un sentido exclusivo, van perdiendo la noción del conjunto. Así, en la práctica, resultan incapaces de resolver el problema de un enfermo. Necesitan del concurso de ótros especialistas y, finalmente, todos éllos, de un médico general que sintetice los análisis parciales y los refiera al caso particular. De acuerdo a su rol, se aprecia pués,, que los profesionales dedicados a la Medicina, pueden clasificarse en médicos generales y especialistas. En realidad, sólo los primeros debieran considerarse médicos, de acuerdo al sentido estricto del título. A medida que la especialidad avanza, el que la práctica, se transforma en biólogo, bacteriólogo, anatomo-patólogo, radiólogo, etc., es decir, en un técnico.

Esta diferenciación, además, ha implicado una profunda transformación en el papel del médico dentro de la Sociedad. En efecto, ni el médico general, ni el especialista, están capacitados para desempeñarse aisladamente. Necesitan trabajar en colaboración. De este modo ha surgido una nueva modalidad de ejercicio profesional: el equipo. Con él, el caracter liberal de la profesión, se estrecha gradualmente. El médico particular, el médico de familia, va desapareciendo para transformarse en empleado de alguna institución particular u oficial.

El Problema Asistencial.—Por su parte, el individuo común, se ve enfrentado a esta nueva forma de atención médica, siendo, en la mayoría de los casos, incapaz de utilizarla por si solo. En consecuencia, se ve obligado a agruparse dentro de cualquier organización, particular u oficial (Mutual, Cooperativa, Seguro Médico Social) capaz de contratar los servicios de un equipo y resolver así su problema médico asistencial.

Los problemas expuestos, conducen a lo que ha dado en llamarse, la socialización de la Medicina, fenómeno que, combatido por unos y defendido por ótros, parece ser inevitable.

La Medicina Preventiva.—En síntesis, existen

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dos medios para conservar la salud: previniendo la enfermedad o curándola. Fácilmente se comprende que el primero debería ser el preferido sistemáticamente. Sin embargo es el que menos se ha desarrollado. Puede atribuirse el hecho a las siguientes causas: 1ª—Hasta ahora, no se conoce la manera precisa de evitar muchas enfermedades por medios sencillos y cómodos. 2º—La Medicina Preventiva, por implicar una condición de empleado público, para el profesional que la ejerce, no ofrece las oportunidades de espectacularidad ni las perspectivas económicas de la Medicina Asistencial, de suerte que quien la ejerza, habrá de ser un verdadero idealista. 3º—La orientación en la enseñanza de la Medicina, induce al alumno a planear su futura actividad de médico en el sentido asistencial y 4º—Finalmente la Medicina Preventiva, por sus mismas finalidades, no puede ser ejercida particularmente. Es, fundamentalmenuna función institucional y estatal. Por eso su grado de desarrollo, mide el nivel de organización y cultura de un pueblo y la inteligencia de sus gobernantes.

Pese a estas razones, que dificultan su progreso, la Medicina Preventiva se va abriendo paso, lentamente

Aspecto Científico y Organización.—Las mismas fuentes de descubrimientos y adelantos científicos que en Medicina Asistencial han servido de base para el progreso de la Medicina Preventiva. Algunos ramos, más que otros, han sido utilizados en este caso. Así por ejemplo, la Bacteriología y la Parasistología, han aportado sus descubrimientos para formar la Epidemiología. La Inmunología, ha servido para fijar las pautas de la profilaxia. La Radiología ha facilitado la investigación de la Tuberculosis. La Higiene individual, descansa en los principios elementales de la Fisiología. La Higiene Pública, ha incorporado para sus fines sanitarios, las técnicas de la Ingeniería. La Estadística ha dado origen a la Bio-estadística.

En suma, con los mismos elementos que la Medicina Asistencial, la Preventiva ha conseguído su progreso. Su metodología varía de acuerdo a su finalidad. Mientras que la primera se dirige al individuo, la segunda se refiere a la sociedad. z

El desarrollo material ha contribuído notablemente en el mejoramiento sanitario de los pueblos, por lo menos en algunos aspectos, como en el epidemiológico, puesto que otros, como en el de enfermedades mentales ha contribuído a su empeoramiento. La organización de los sistemas sanitarios está casi siempre de acuerdo con la capacidad económica de cada país. Pero, no obstante que muchos de estos sistemas, son realmente eficientes y han canseguido resultados asombrosos, sobre todo en el campo epidemiológico, es posible observar un error común. Este, se refiere a la ideología o filosofía, podría decirse, que ha inspirado casi todos los progresos de Medicina Preventiva. En efecto, lejos de ser realmente preventiva, ha sido, más bien, curativa. Las campañas de erradicación del Paludismo, del Tifus Exantemático, de la Fiebre Amarilla, por ejemplo, han tenido lugar en vista de la presencia de una epidemia. Esto, al fin y al cabo es una medida curativa. Lo preventivo, sería evitar que lleguen a producirse.

Por otra parte, la costumbre de identificar labor sanitaria con función gubernamental, ha conseguido mantener al público, como elemento pasivo, como simple beneficiario de las medidas dictadas en su provecho. Modernamente, enmendando y rectificando esta orientación, se tiende a substituir las campañas eventuales, por programas permanentes y a incorporar al público, como elemento activo, en la lucha por la conservación de su propia salud, mediante la Educación Sanitaria. Esta nueva tendencia, abre posibilidades mucho más amplias y duraderas, aunque más tardías, a la Medicina Preventiva.

Aspecto Profesional.—El médico sanitario, es el que primero ha abandonado el carácter liberal de su profesión al transformarse en funcionario público. En los países bien organizados, esta transformación no implica una disminución de posibilidades, puesto que está garantizada por el Estado, amparada por la sociedad y respetada por el gremio. De este modo, el profesional que abraza la carerra sanitaria, podría dedicar a ella todo su tiempo, sin ningún temor. Pero donde no existen tales seguridades, el propósito resulta una aventura.

Dentro del campo de la Medicina Preventiva, también, a medida que se perfecciona, surgen las especialidades y los especialistas y caben iguales consideraciones que en el caso de la Asistencial.

El Problema Preventivo.—En principio, todo sistema asistencial, debería estar en conexión con otro preventivo. Así los programas de las sociedades mutualistas, cooperativas, de los seguros sociales, deberían estar estructurados con miras a resolver ambos aspectos de la Medicina.

A diferencia de lo que ocurre en Medicina Asistencial, en Medicina Preventiva, el individuo aislado, está en condiciones de recibir los servicios de un equipo, porque, generalmente no le exige gasto alguno. Sin embargo salvo en el caso de personas de elevada educación cívica, es notoria la indiferencia con que se usufructúan estas ventajas y el poco valor que se les concede. Es que, la humanidad, generalmente, sólo piensa en la Medicina, cuando su salud está en peligro y el dolor se lo recuerda. Además, las medidas preventivas, buscan, fundamentalmente, defender los intereses colectivos y no los particulares y naturalmente, que son estos últimos los más apreciados.

Aquí es preciso repetir que, para que la Medicina Preventiva, dé sus frutos, es indispensable que el público se transforme en elemento activo, por medio de una adecuada educación

Resumen.—La investigación científica, es la fuente permanente para el avance de la Medicina en sus dos aspectos: Asistencial y Preventivo. La mayor precisión en los métodos de diagnóstico, tratamiento y prevención, irán despejando y simplificando los intrincados mecanismos y procedimientos clínicos, terapéuticos y profilácticos.

La especialización es un resultado forzoso del avance de la Medicina y comporta un nuevo método de trabajo: el equipo. La socialización de la profesión médica es un fenómeno fatal dependiente del progreso de la misma y de las nuevas formas de organización social. Ante él resulta inútil revelarse. Es preferible encausarlo. Dentro de cualquier sis-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tema el médico, por ocuparse del problema que más preocupa a la humanidad, cual es el de su propia conservación, mantendrá su ascendiente moral. Pero, el carácter liberal de la profesión. dentro de poco tiempo. no será más que un grato recuerdo.

La Medicina Asistencial y la Preventiva, convergen hacia un solo fin. aunque difieren en el procedimiento. La primera, al curar al individuo enfermo. beneficia a la sociedad. La segunda, al prevenir y proteger a la sociedad. beneficia al individuo. Su desarrollo concomitante y armónico. debe constituír el ideal de médicos y estadistas.

MEDICINA AL DIA

LA CLOROMICETINA EN LAS AFECCIONES TIFICAS

DRA. CELIA PAVEZ DE CASTRO

Paul Burkholder, de la Universidad de Yale, obuvo de una muestra de estiércol recogida cerca de Caracas, una especie de hongo del género Estreptomyces, al que denominó Estroptomyces Venezuele Ehrlich aisló del filtrado de cultivos de este hongo, una sustancia cristalizada de sabor muy amargo, muy poco soluble en agua. pero sí en propilenglicol, que contiene cloro en forma no iónica, a la que dió el nombre de Cloromicetina.

Las primeras experiencias in-vitro demostraron acción antibiótica de esta sustancia sobre diversos gérmenes: **rickettisias, shigella Paradysenteriae,** virus de la psitacosis, género escherichiae, salmonelias typhosa y otras, proteus vulgaris, staphyloccocus aureus, streptoccocus A y D, pneumoccoccus, brucellas hemóphilus pertusis. pasteurella tullarensis, mycrobacterium tuberculosis variedad hóminis y borrelia recurrentis.

Los ensayos in-vivo, y luego los estudios clínicos, pusieron de manifiesto su mayor acción sobre las diversas rickettsiosis, como también en algunas enfermedades a virus: ciertas pielitis, la neumonía primaria atípica. y se cree además, en el sarampión y poliomielitis.

Las experiencias clínicas de mayor éxito se han obtenido con la fiebre tifoidea, tifus exantemático, tifus oriental y fiebre manchada de las Montañas Rocosas.

Los ensayos de Woodward y colaboradores en 10 enfermos de fiebre tifoidea con hemocultivos positivos, que iniciaron la medicación al décimo día de fiebre por término medio, obtuvieron una normalización de la temperatura en el plazo medio de 3, 5 días La dosis total media del antibiótico administrada a cada paciente fue de 19,1 gramos, repartida del modo siguiente: dosis de ataque, 50 mlgrs. por kilo de peso, continuando con 0.25 grs. cada dos horas hasta el descenso de la temperatura a lo normal, y con 0,25 grs. cada tres o cuatro horas durante 5 días más. La duración media del tratamiento fue de 8.1 días. En todos los casos el tratamiento fue muy bien tolerado. Hubo recaídas en dos enfermos, a los 10 y 18 días de apirexia respectivamente, respondiendo favorablemente a una nueva cura de cloromicetina al segundo y tercer días. Hubo además dos casos complicados, uno con perforación intestinal y otro con hemorragia, curando después de una evolución más o menos grave. En 8 enfermos controles el período medio de pirexia fue de 26 días.

Escasas son todavía las experiencias clínicas realizadas en Sud-América con la cloromicetina, por lo cual nos ha parecido de interés reproducir las recientes y primeras comunicaciones al respecto que hemos tenido oportunidad de conocer, de trabajos efectuados en Chile. Uno de ellos es la publicación en la Revista Chilena de Pediatría de Agosto de 1949; de un caso clínico del Dr. R. Nahmias, de Tocopilla, se trataba de un niño de 7 años que hizo una tifoidea de tipo grave, con una bronconeumonia intercurrente, y que al recibir cloromicetina en las dosis aconsejadas por los norteamericanos (que hubo de ser asociada a la penicilina cuando apareció la complicación pulmonar), presentó una mejoría espectacular; recibió en total 12 grs. de cloromicetina y un millón de unidades de penicilina.

A. Horwitz, R. Kraljevic y M. Villalobos, presentaron a la Sociedad Médica de Santiago sus "Primeros Ensayos con Cloromicetina en la Fiebre Tifoidea y en el Tifus Exantemático", con 17 casos de la primera y 4 del segundo, siendo el promedio de días de enfermedad en la tifoidea de 14,8 al comenzar el tratamiento; recibieron 39,7 grs. de la droga durante 8,9 días por término medio. La temperatura descendió a lo normal entre el primero y cuarto días de iniciado el tratamiento. Refiriéndose a la presentación de perforación tífica en tres de sus casos, que les ocasionó la muerte, señalan que la producción de perforaciones tíficas en el curso del tratamiento con cloromicetina hace constatar una vez más que el fenómeno anatómico es independiente de la actividad bacteriostática del fármaco, y de la involución del proceso febril. — Los cuatro enfermos de tifus exantemático mejoraron después de 2 a 3 días de tratamiento con dosis entre 9 y 21 grs.

En la Revista Chilena de Pediatría de Setiembre de 1949, G. Alvarez publica un trabajo titulado: "Cloromicetina en infecciones tíficas en la Infancia""; realizado a base de 8 casos de fiebre tifoidea en el niño y uno de sepsis por salmonellas; 4 de estos casos pertenecen a Hospitales de Niños de Santiago, y el resto,a la clientela particular de distinguidos pediatras de esa Capital. Las dosis usadas siguieron las pautas dadas para adultos, ya señaladas anteriormente, y de acuerdo al peso y edad del niño, y a la gravedad del cuadro. Se establece que la droga fue siempre bien tolerada, incluso por niños muy pequeños y carenciados. En los casos de clientela particular se obtuvieron los mejores y más espectaculares éxitos, seguramente por la mayor facilidad de adquirir la droga, y la mayor precocidad con que se pudo iniciar el tratamiento: 3 de ellos en las primeras 24 horas, uno a las 48 horas, y otro al tercer día. De los niños de clientela hospitalaria, uno falleció bruscamente, probablemente por falla cardíaca (no se practicó autopsia); de los restantes, merece especial mención el caso gravísimo de un niño de 12 años, cuyos síntomas, como el de copiosas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

melenas e intenso compromiso del estado general y del sensorio, hacían presagiar un desenlace fatal inminente, y que a las 24 horas de iniciado el tratamiento con cloromicetina presenta una franca mejoría, y a las 40 horas comienza a caer la temperatura en lisis, pese a la aparición de una bronconeumonia bilateral. Este niño recibió el exceso de 63 grs. del antibiótico en 13 días, pero se tuvo la impresión de que gracias a él se recuperó.

Dado el escaso número de casos, el autor no saca conclusiones definitivas, pero deja señalados los hechos más importantes.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA

JUNTA DIRECTIVA

de la Asociación Médica de Arequipa

para el período institucional 1949 - 1950

PRESIDENTE, Dr. Félix Lazo Taboada.
SECRETARIO DE ACCION CIENTIFICA, Dr. Jorge Becerra de la Flor.
SECRETARIO DE ACCION GREMIAL, Dr. Jorge Jarufe.
SECRETARIO DEL INTERIOR. Dr. Manuel Torres Portugal.
SECRETARIO DEL EXTERIOR, Dr. Guillermo Ballón Landa.
TESORERO, Dr. José S. Castro M.
ASESORES: SECRETARIA DE ACCION CIENTIFICA: Dr. Javier Llosa García.
SECRETARIA DE ACCION GREMIAL, Dr. René Molina de la Flor.

EL CAPITULO DE AREQUIPA DEL IV CONGRESO PERUANO DE CIRUGIA

Durante los días 26, 27 y 28 del pasado mes de Marzo, a invitación de la Asociación Médica de Arequipa, se realizó en esta Ciudad un Capítulo del IV CONGRESO PERUANO DE CIRUGIA, al cual concurrieron, procedentes de Lima, muchos de los delegados que tomaron parte en las actuaciones de la Capital.

El Temario y Programa fueron cumplidos en todas sus partes con el mayor éxito.

El día Domingo 26 los delegados fueron recepcionados en el Aeropuerto "Rodríguez Ballón".

La Sesión Solemne de Instalación del Capítulo en el Ateneo Municipal, revistió los caracteres de un gran acontecimiento científico y social. El estrado oficial fue ocupado por las principales autoridades del Departamento, por el Presidente del IV Congreso Peruano de Cirugía, por el Presidente de la Asociación Médica de Arequipa, por los Secretarios del Certamen y otras distinguidas personalidades. En dicha actuación hicieron uso de la palabra el Dr. César Heraud, el Dr. Félix Lazo Taboada y el Sr. Prefecto del Departamento Coronel Daniel Meza Cuadra, quien declaró a nombre del Presidente de la Junta Militar de Gobierno, General Manuel A. Odría, inaugurado el Capítulo de Arequipa. En este mismo día, el Honorable Concejo Provincial, recepcionó a los delegados visitantes con una champañada, pronunciando el discurso oficial el Alcalde Accidental de la Ciudad, Dr. Humberto Portillo.

A las 9 de la noche, en el Hotel Arequipa, fué servido, en honor de los miembros del Capítulo, el banquete ofrecido por el Instituto Sanitas.

El día Lunes 27, en los hospitales Goyeneche y Obrero, se realizaron demostraciones quirúrgicas por los cirujanos de la localidad y por los visitantes. Se instaló la Primera Sesión Plenaria en el Auditorium del Hospital Obrero, presidida por el Presidente del Capítulo de Arequipa Dr. César Heraud, El Dr. Juan A. Bianchi, Director del Hospital Obrero, dió la bienvenida a los delegados, haciendo votos por el mejor éxito del Congreso. A continuación, fueron leídos por sus ponentes, interesantísimos trabajos científicos.

Al medio día, el Instituto Sanitas ofreció en Yura un almuerzo campestre, el cual se desarrolló con gran animación y entusiasmo. En la tarde continuó la lectura de trabajos, muchos de los cuales fueron ilustrados con films en colores. En esta Primera Sesión Plenaria se distinguieron los trabajos de los doctores Heraud, Nettles, Morey, Curotto, Higginson y Blondet.

La Universidad Nacional de San Agustín recepcionó a los miembros del Capítulo en una actuación íntima en la que pronunciaron discursos el Rector Dr. Alberto Fuentes Llaguno, el Dr. Gustavo Corzo Masías en representación de la Facultad de Ciencias y a nombre de los distinguidos visitantes, el Dr. Oscar Guzmán del Villar.

El día Martes 28, continuaron las sesiones quirúrgicas en los hospitales locales. La Segunda Sesión se realizó, como en el día anterior, en el Auditorum del Hospital Obrero. Los Dres. Camprubí, de Romaña, Baracco, Colichón, Guibovich, Coll y Colareta expusieron temas de sumo interés. Los Laboratorios Unidos S. A. ofrecieron a los miembros del Capítulo un almuerzo en el Club Hípico Los Criollos, que se desarrolló en un ambiente muy cordial.

A las 8 de la noche se realizó la Sesión Solemne de Clausura que constituyó también, gran acontecimiento. Asistieron a este acto las principales autoridades y otras personalidades especialmente invitadas. Pronunciaron brillantes discursos el Dr. Jorge de Romaña y el Presidente de la Asociación Médica de Arequipa, clausurando el certamen, en adecuadas frases, el Sr. Prefecto del Departamento.

Las jornadas del Capítulo de Arequipa del IV Congreso Peruano de Cirugía terminaron con el banquete, que en honor de los delegados visitantes y de sus distinguidas esposas, ofreció el Cuerpo Médico local en el local del Jockey Club de Arequipa. Esta reunión se realizó en un ambiente de distinción y de verdadera camaradería profesional. A ella concurrieron, especialmente invitadas, las principales autoridades políticas y culturales de la Ciudad. Ofreció el agasajo el Dr. Samuel Lozada

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Benavente. quien en su discurso recordó con emoción a los notables cirujanos que ha tenido Arequipa y recalcó la importancia que tiene para la Ciudad la celebración de certámenes científicos de esta índole. El Dr. César Heraud, Presidente del IV Congreso Peruano de Cirugía, agradeció el homenaje. rindiendo tributo al trabajo de los cirujanos arequipeños, elogiando la perfecta organización del Capítulo y felicitándose de que la Academia Peruana de Cirugía hubiera tenido la feliz idea de proyectar la realización del V Congreso Peruano de Cirugía para el año de 1951, en la ciudad de Arequipa.

REVISTA DE REVISTAS

The Journal of the American Medical Association — Vol. 141, Pag. 754, Nov. 1949.

Manejo de pacientes con Tétanos
Harold E. Godman y colaboradores.

A pesar de que el tratamiento básico del tétanos consiste en prevenir la extensión de la enfermedad y neutralizar las toxinas presentes, los autores señalan que debe controlarse la rigidez y el espasmo, para evitar la muerte por exhaución o por insuficiencia respiratoria. Relatan los resultados observados con varios agentes músculo-relajantes: procaina intravenosa sola o combinada con tribromcetanol (avertina) o con pentotal sódico; barbitúricos, curare y tolserol. Concluyen que aunque ninguno, de los agentes relajantes probó ser enteramente satisfactorio, la combinación de fenobarbital y tolserol es muy útil para controlar la rigidez y el espasmo en los casos de tétanos moderadamente severos. El tolserol, un preparado de mefenesin (3-orto-toloxi-1.2-propanediol), es un compuesto de tipo curare que se ha usado previamente como agente relajante en la anestesia y en algunas enfermedades neurológicas. Se administró en 8 enfermos, por vía oral, y, casi siempre. salvo en los casos muy leves. a través de una sonda gástrica, instalada permanentemente para la alimentación. La dosis usada varió de 62.5 a 750 mgs. en niños y hasta 3500 mgs. en un adulto, a un intervalo promedio de 4 horas. El fenobarbital se administró en dosis de 0.03 a 0.13 gms. dos o tres veces al día. En general, todos los casos tratados de esta manera, presentaban signos y síntomas moderadamente severos de tétanos. El control de la rigidez muscular y del espasmo, fué satisfactorio. No se intentó tener a los pacientes en continuo estado de relajación por el temor de provocar depresión de la respiración y por la dificultad en mantener la vía aérea libre de secreciones. En todos los casos se practicó traqueotomía precozmente. Todos los enfermos sobrevivieron. Entre los 8 enfermos tratados, sólo había un adulto y éste no respondió a la combinación tolserol-fenobarbital tan bien como los niños.

Vol. 141, Pág. 756 — Nov. 1949.

Uso intravenoso de procaina en el manejo de las artritis.
David J. Graubard y colaboradores.

Según los autores, es aparente que la naturaleza del proceso artrítico depende, hasta cierto punto de un imbalance neuro-endocrino. El cartílago articular es insensible. El dolor articular es debido a cambios secundarios en las estructuras periarticulares y en la cápsula. Cuando un agente estimulante, de suficiente intensidad, llega al lecho capilar, resulta dolor, sea por excitación de las terminaciones sensoriales de la íntima del endotello capilar o arterial o por estímulo de los tejidos adyacentes al lecho capilar. La disfunción capilar produce edema local, hipoxia y cambios en el ion Hidrógeno, y cuando los metabolitos se acumulan en los tejidos, aparece el dolor. Cuando se administra procaina intravenosa, la droga alcanza la unidad capilar disfuncionante, y al anestesiar las terminaciones nerviosas irritadas, rompe el arco reflejo. retornando así la circulación normal. La hiperactividad del aparato vasomotor en las artritis crónicas, indica cambios patológicos irreversibles en el sistema nervioso autónomo, específicamente en los ganglios simpáticos. Estos cambios han sido demostrados histológicamente por Kuntz, pero todos ellos son primariamente el resultado de una estimulación nerviosa periférica excesiva. Si se detiene el proceso periférico, puede haber reversión de la lesión degenerativa. Otra posible acción de la procaina es su aparente habilidad para inactivar la colino-esterasa, permitiendo así una acción más prolongada de la acetilcolina en el mantenimiento del balance humoral. Los autores, para mantener un nivel sanguíneo satisfactorio de la droga, establecen la "unidad procaina": 4 mgs. de clorhidrato de procaina por kilogramo de peso, a ser administrados en 20 minutos. La experiencia clínica indica que una solución de clorhidrato de procaina al 1 por mil en solución isotónica de cloruro de sodio, es tolerada por la mayoría de los pacientes. En los enfermos hipertensos, el disolvente es dextrosa a 5 por ciento en agua. Un paciente de 70 Kgs. recibirá 280 mgs. de clorhidrato de procaina, o sea 280 cc. de la solución al 1 por mil en 20 minutos, o 14 cc. por minuto. No recomiendan la preparación de la solución a base de cristales de clorhidrato de procaina porque nunca hay certeza de la disolución completa de la droga. No usaron barbitúricos antes de la inyección. En más de 400 infusiones, no encontraron evidencia de sensibilidad a la procaina ni de adicción a la droga. En 250 enfermos de artritis, quienes recibieron un total de 1894 infusiones, los diagnósticos fueron: 1) artritis reumatoide; 2) artritis debida a trauma directo; y 3) Orteo artritis o artritis degenera iva. Los resultados obtenidos, son considerados lo suficientemente favorables para garantizar mayor investigación con este agente como coadyuvante en el tratamiento de las artritis. Los autores aconsejan la asociación del clorhidrato de procaina con dosis masivas de ácido ascórbico: 1) porque es frecuente la ca-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rencia de ácido ascórbico en los enfermos de artritis, y 2) porque esta vitamina parece incrementar la resistencia de los pacientes, especialmente de los desnutridos contra los efectos toxicos de la procaina.

Vol. 141 Pág. 887 Nov. 1949.

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades coronarias agudas.
Arthur M. Master y colaboradores.

Las enfermedades coronarias son las más comunes de las enfermedades del corazón. Los autores insisten en la importancia de distinguir entre la oclusión coronaria aguda y la insuficiencia coronaria aguda. La segunda es tan frecuente o más que la primera. La oclusión coronaria es la clausura completa de una arteria con infarto del área irrigada por ella, mientras que la insuficiencia coronaria es la desproporción entre los requerimientos nutritivos del miocardio y la provisión actual de sangre a través de las coronarias. En la oclusión se produce isquemia total; en la insuficiencia resulta isquemia transitoria, más o menos prolongada.

Patológicamente hay diferencias escenciales. En la oclusión aguda, la arteria es invariablemente arterioesclerótica, y ésta ocluída. En el miocardio se encuentra un infarto masivo. El área afectada abarca desde el endocardio hasta el pericardio, siguiendo la distribución de la arteria ocluída. La trombosis mural y la embolización son frecuentes. La pericarditis es común. En la insuficiencia coronaria la arteria puede estar normal o presentar arerioesclerosis severa. El miocardio puede estar sano o presentar áreas de necrosis diseminadas, a menudo microscópicas. El área afectada es subendocárdica, particularmente en los músculos papilares. No hay trombosis mural ni embolización. No hay pericarditis.

Desde que la insuficiencia coronaria puede presentarse sin arterioesclerosis, puede suceder en cualquier edad. En la oclusión coronaria, los factores estructurales predisponentes son: arterioesclerosis, diabetes, enfermedad cardiaca hipertensiva y xantomatosis. En la insuficiencia coronaria, estos factores son: arterioesclerosis, estenosis del ostium coronario, enfermedad valvular (estenosis aórtica o mitral) o hipertrofia cardiaca. Además hay factores funcionales: insuficiencia cardiaca congestiva, anoxia crónica, hipertiroidismo e hipotiroidismo. Respecto a los factores precipitantes, los autores no aceptan otros en la oclusión coronaria que el shock y estados parecidos, mientras que indican tres factores etiológicos directos en la insuficiencia coronaria: 1) aumento del trabajo del corazón: esfuerzo físico, emociones violentas, frío, excesiva comida, alcohol, tabaco, coito, taquicardia, crisis hipertensiva, crisis hipertiroídea, infecciones agudas, adrenalina; 2) Disminución del flujo coronario: shock, hemorragia, traumas, crisis hipotensivas, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca aguda. Además, vasoconstricción refleja por embolia pulmonar, trombosis o embolia periféricas, condiciones abdominales agudas: colecistopatías, hernia diafragmática, pancreatitis; 3) Anoxemia: anestesia, altitud, asfixia, anemia, asma, intoxicación con monóxido de carbono, embolismo pulmonar, insuficiencia pulmonar.

En la insuficiencia coronaria aguda, los síntomas varían entre sensación indefinida y discreta de dolor o presión en el pecho y dolor severo. El dolor en la oclusión coronaria aguda es generalmente prolongado e intenso y no calma con trinitrina, droga que, en cambio, puede agravarlo. Las nauseas y vómitos son síntomas característicos de la oclusión coronaria, pero no ocurren en un ataque promedio de insuficiencia coronaria. En la oclusión la temperatura comunmente llega a 40ºC. Hay a menudo signos cardiovasculares: latidos débiles con disminución del primer tono, ritmo de tic-tac, embriocardia, galope; puede encontrarse frote paricárdico; la presión arterial cae invariablemente y rara vez aumenta durante el dolor; son frecuentes taquicardias y arritmias; es común la insuficiencia del ventrículo izquierdo. En la insuficiencia coronaria aguda no hay o hay poca fiebre, falta generalmente el shock, los tonos cardiacos están rara vez alterados, no hay frote pericárdico y, o no hay cambio en la presión sanguínea o ella puede ascender durante el ataque de angina pectoris. No hay taquicardias o arritmias, salvo que ellas mismas sean las causas precipitantes de la insuficiencia coronaria.

En la oclusión aguda hay leucocitosis, elevación de la velocidad de sedimentación y prolongación del tiempo de circulación, signos que faltan, o son discretos, en la insuficiencia coronaria, salvo que el ataque sea muy severo. El electrocardiograma de la oclusión coronaria aguda es característico. Los signos duran largo tiempo y rara vez son completamente reversibles. En la insuficiencia coronaria el electrocardiograma revela depresiones de RS-T e inversiones de T, pero no ondas Q y tampoco relaciones recíprocas entre las derivaciones 1 y 3. Los cambios son reversibles y de corta duración. El electrocardiograma puede ser normal y el diagnóstico solo ser posible mediante pruebas de ejercicio. En más del 75% de enfermos que han recobrado de un ataque de oclusión coronaria, puede verse anormalidades de la contracción del ventrículo izquierdo por flouroscopía o roentgenkimografía. Estas alteraciones no se encuentran en la insuficiencia coronaria.

El tratamiento en la oclusión coronaria es sintomático y está dirigido a prevenir las complicaciones. Actualmente se usan heparina o dicumarol para prevenir las embolias. La conducta es enteramente diferente en la insuficiencia coronaria. Aquí el tratamiento es preventivo y curativo y está encaminado a suprimir el factor precipitante de la insuficiencia coronaria. El tratamiento inicial, inmediato y enérgico puede impedir que el estado fisiológico de isquemia del miocardio, progrese al estado anatómico de necrosis o infarto. En el caso de insuficiencia coronaria debida a aumento del trabajo del corazón, el tratamiento irá a la supresión del esfuerzo físico o de las emociones violentas, de las taquicardias, de las crisis hipertensivas, del bocio tóxico, o de las infecciones agudas, principalmente pulmonares. Si la insuficiencia coronaria es debida a disminución del flujo coronario, la terapéutica estará dirigida a aumentarlo, sea con el tratamiento adecua-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

do del shock y de la hemorragia, de la hipotensión, de la crisis hipoglicémica, de la insuficiencia cardiaca o de la condición abdominal que está causando constricción refleja del sistema coronario. Cuando la insuficiencia coronaria es determinada por anoxemia, la restauración de la oxigenación normal de la sangre, es curativa.

Vol. 142. Pág. 90. Enero 14, 1950

Un principio para la determinación del pronóstico del embarazo en la enfermedad cardiaca-reumática.
Joseph J. Bunim y colaborador.

En la determinación del pronóstico del embarazo en 216 mujeres con enfermedad cardiaca reumática, los autores consideran los siguientes factores: duración de la fiebre reumática, edad, capacidad funcional, historia de insuficiencia cardiaca previa, tipo de lesión valvular, tamaño del corazón y naturaleza de las manifestaciones reumáticas tempranas. Se encontró que los signos importantes son aquellos que ayudan a pronosticar la insuficiencia cardiaca congestiva. Que la insuficiencia cardiaca es el hecho primordial, está probado por la observación de que es la más común causa de muerte en el embarazo complicado con enfermedad cardiaca reumática. Los factores importantes en el pronóstico de la insuficiencia cardiaca y en la estimación del riesgo que envuelve, forman partes integrales de un principio básico, que consiste en establecer la posición de la paciente en el curso natural de su enfermedad cardiaca reumática.

Puede decirse que la historia natural de la enfermedad cardiaca reumática, consiste en 4 fases: 1) infección inicial, que se puede manfestar por carditis, poliartritis, corea o dolores en músculos y articulaciones. 2) Una o más recrudescencias, las cuales, como el episodio primario, pueden seguir a continuación de una infección con estreptococo hemolítico; 3) Un período inactivo, que dura usualmente desde la pubertad o adolescencia hasta la cuarta década, en el cual generalmente, no hay recrudescencias, ni evidencia de disminución de la capacidad funcional, y 4) Una disminución de la reserva cardiaca, que lleva progresivamente a la insuficiencia cardiaca congestiva y después a la muerte. Cuando sobreviene fibrilación auricular, ésto ocurre a menudo durante la última fase, y es escencialmente un reflejo de la larga duración de la enfermedad. La fase 3, período durante el cual la enfermedad cardíaca está inactiva, es aquella en la que usualmente ocurre el embarazo; ésto explica por qué la mayoría de las pacientes van bien cuando están bajo un cuidado obstétrico inteligente. Es de la mayor importancia reconocer cuando una mujer que está embarazada, o proyecta estarlo, se está aproximando a la fase 4. Como se ha dicho, la insuficiencia cardiaca es la primera de las causas de muerte maternal en pacientes con enfermedad cardíaca y es la única modificable por el tratamiento, especialmente cuando se descubre a tiempo.

El establecer la posición de la paciente en el curso natural de su enfermedad cardiaca reumática, tiene valor, desde que los datos reunidos, dentro de condiciones bien controladas, indican que el embarazo, por sí, no altera el curso de la enfermedad. La aplicación de este principio en la determinación del pronóstico, llevó a los autores a la interrupción (por vía vaginal) de solo 11 de los 216 embarazos. No se practicaron histerotomías después de permitirse a la paciente pasar el primer trimestre de embarazo. No hubieron muertes por insuficiencia cardiaca congestiva entre las 202 enfermas que estuvieron al cuidado de los autores a través del embarazo y el parto.

Vol. 141, Pág. 892, Nov.-1949.

Rol de las drogas vasodilatadoras en la oclusión coronaria.
N. C. Gilbert y colaboradores.

Según los autores, un agente terapeutico que aumenta el volumen del flujo coronario por acción vasodilatadora directa, ofrece el mejor medio para disminuir el daño que puede ser hecho al miocardio por la oclusión coronaria. La evidencia experimental indica que las drogas anticoagulantes: heparina y dicumarol, tienen ese efecto directo de vasodilatación coronaria. Clínicamente, los resultados obtenidos con heparina y dicumarol, son parelelos con los logrados con las drogas vasodilatadoras de la serie xántica. Parece inevitable la conclusión de que el incremento del aporte sanguíneo al área infartada, impedirá mayor daño al miocardio y facilitará la reparación del daño ya establecido.

Vol. 141, Pág. 917, Nov. - 1949.

Miastenia gravis enmascarada
Sydney J. Weisman

El autor comunica un caso de miastenia gravis. Su característica fué la prominencia de palpitaciones a tal punto, que la terapéutica previa fué siempre dirigida al control de ese sintoma. El paciente atribuía su debilidad a las palpitaciones. Se sospechó el diagnóstico observando el definitivo aumento de la debilidad después de la administración de quinidina y por la historia de disfagia. La respuesta al tratamiento con neostigmine (prostigmine) fué rápida y dramática y se acompañó de casi completa desaparición de las palpitaciones.

Vol. 142, Pág. 25, Enero - 1950.

Profilaxia de las recurrencias de fiebre reumática por penicilina por vía oral.
Kate H. Kohn y colaboradores

La administración oral de 800.000 U. de penicilina al día (2 tabletas de 100.000 U. cada una, 4 veces al día) por 7 días consecutivos de cada mes, a

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

través del año escolar, ha demostrado ser efectiva en la reducción de la incidencia de infecciones con estreptococo-hemolítico en las gargantas de niños que han padecido fiebre reumática. Clínicamente, el índice de recurrencia de la fiebre reumática fué 0 en el grupo tratado con penicilina, comparado con 11 y 19% en dos grupos controles, cuando este sistema de administración fué continuado durante una estación completa de fiebre reumática.

Vol. 142, Pág. 15, Enero - 1950.

Bloqueo del ganglio estrellado en el tratamiento de la trombosis y embolia cerebrales agudas.
Edwin W. Amyes y colaboradores

El tratamiento de la trombosis y embolia cerebrales es generalmente poco satisfactorio y hasta hace poco ha estado confinado al uso de medidas generales. La trombosis y la embolia producen anoxia local por interferir la circulación regional. Se cree que el vaso-espasmo y, tal vez, la vasodilatación, son responsables, tanto de los fenómenos reversibles, como de la propagación del proceso patológico. Un tratamiento que reestablezca o incremente la circulación en las áreas isquémicas, debe traer como consecuencia la recuperación de la función de los elementos nerviosos no dañados irreversiblemente y debe prevenir el desarrollo de mayor daño. La extrema sensibilidad del cerebro a la anoxia, hace que el tratamiento precoz sea escencial. Los vasos cerebrales son inervados con fibras simpáticas y parasimpáticas, procedentes las primeras del plexo carotideo, y las segundas del ganglio geniculado. La inervación simpática se hace a través de las raíces de los segmentos toráxicos altos de la médula y pasa al plexo carotideo por intermedio del ganglio estrellado y de los ganglios cervicales. El bloqueo o el estímulo de las fibras en cualquier punto de la ruta, afectará los impulsos que pasan al simpático perivascular y, presumiblemente, alterará la circulación cerebral. Se ha observado en pacientes con accidentes vasculares cerebrales, a través de trepanaciones, que el bloqueo del ganglio estrellado, causa dilatación de los vasos de la pía del mismo lado. Los autores trataron 44 pacientes con embolia o trombosis cerebrales agudas, debidas a varios factores etiológicos, con múltiples bloqueos del ganglio estrellado. Hubo mejoría en 28 de los 44 casos y en 9 de 10 cuando el tratamiento se inició dentro de las primeras 6 horas del comienzo de la enfermedad. En 5 casos de 7, se observó mejoría del electroencéfalograma, después del primer bloqueo. Insisten en la importancia de descartar previamente la presencia de una hemorragia intracerebral por medio de la punción lumbar. Concluyen diciendo que el bloqueo del ganglio estrellado, procedimiento relativamente inocuo, es hasta ahora el método más efectivo en el tratamiento de los citados accidentes vasculares.

American Journal of Public Health, New York. — Vol. 29. Pág. 875, Julio 1949 (de J. A. M. A 141: 942 Nov. 1949)

Encefalomielitis por vacuna antirábica, en relación a la incidencia de rabia animal en Los Angeles
C. F. Pait y colaboradores.

Los autores señalan que en la Ciudad y Condado de Los Angeles, se detectan aproximadamente 200 perros rabiosos al año. Sólo hay un caso humano por año, pero por lo menos, se administra a 800 personas vacuna antirábica. La posibilidad de adquirir rabia por mordeduras conocidas de perros en Los Angeles, se estima entre 1:4000 y 1:2160. Hubieron 9 casos, 1 fatal, de encefalomielitis postvaccinal, entre 5500 personas tratadas, es decir, una incidencia de 1:600. Los datos presentados aquí y en otras partes, hacen aparente que la incidencia de encefalitis postvaccinal rábica es una contraindicación real al uso indiscriminado de la vacuna. Es posible que esa incidencia, sea reducida cuando se produzca un material más completamente purificado de tejido cerebral; al presente, la mayoría de las vacunas están constituídas por aproximadamente un 10% de suspensión de cerebro de conejo. Hay evidencia de que la rabia humana puede ser provenida en gran parte, controlando la enfermedad en los perros.

Diseases of the Chest, Chicago. Vol. 16, Pág. 1. Julio - 1949 (De J. A. M. A. 141:945 Nov. 1949)

Uso del ácido para-aminosalicílico en la tuberculosis pulmonar crónica.
C. Eastlake y colaboradores.

Los autores encontraron que el suero de pacientes de tuberculosis y de sujetos sanos produce una definitiva inhibición del crecimento del bacilo tuberculoso en los medios de Dubos, después de la ingestión de 2 a 4 gms. de ácido para-aminosalicílico. Esto ha sido demostrado con la variedad H37 Rv, así como en variedades recobradas de pacientes con tuberculosis pulmonar activa. Se administró ácido paraaminosalicílico a 12 pacientes con tuberculosis pulmonar crónica avanzada. La dosis empleada fué de 10 á 11 gms. diarios en cursos de 3 semanas con un intervalo libre de 1 semana. Se observó mejoría clínica en 7 pacientes, en los cuales, los síntomas de infección activa fueron lo suficientemente pronunciados para permitir un juicio sobre la efectividad de la droga. En 3 enfermos hubo recurrencia de los síntomas al cesar el tratamiento. 3 pacientes que tenían fiebre y signos de tuberculosis aguda exudativa mejoraron mucho y su condición general fué buena después del tratamiento, pero la enfermedad no fue detenida. Los efectos característicos de la administración de ácido para-aminosalicílico fueron una rápida reducción de la tos y espectoración y disminución de la fiebre. Estos resultados favorables se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

manifestaron generalmente dentro de la primera semana de tratamiento. Los efectos colaterales de la droga fueron nausea intermitente, vómitos y diarrea. En 3 de los 12 pacientes, estos síntomas fueron lo suficientemente severos para obligar a la suspensión de la droga. Los resultados clínicos favorables del tratamiento de la tuberculosis pulmonar crónica con ácido para-aminosalicílico, sugieren que esta droga es un agente útil en el tratamiento de las exacervaciones agudas de la enfermedad.

International Journal of Leprosy, New Orleans — Vol. 16, Pág. 421 Oct. - Dic. 1948 — (de J. A. M. A. — 141:946 Nov. 1949)

Tuberculosis y Lepra: enfermedades antagónicas. Desplazamiento de la lepra por la tuberculosis.
R. Chaussinaud.

El autor comenta sobre la desaparición de la lepra en Europa central y Occidental después de las Cruzadas y después de las pandemias de peste en el siglo XIV. Se han ideado numerosas teorías para explicar la desaparición de la lepra. El estudio de alergia en tuberculosis y en lepra, llevado a cabo durante el último decenio, revela la causa de la declinación de la lepra. Tuberculosis y lepra son enfermedades antagónicas: se puede observar la existencia de una relativa imunidad cruzada propia de estas dos infecciones. La tuberculosis es mucho más contagiosa y virulenta que la lepra para los seres humanos. El bacilo tuberculoso se propaga más rápida y decisivamente en todas las regiones donde los gérmenes de la tuberculosis y de la lepra están en competencia. Desde que un primer ataque con el bacilo tuberculoso ocasiona un cierto grado de inmunidad antileprosa, las personas infectadas o que han tenido contacto con Mycobacterium tuberculosis, se encuentran en un estado de protección relativa contra un ataque posterior de Mycobacterium leprae. El resultado es el desplazamiento progresivo de la lepra por la tuberculosis.

New England Journal of Medicine, Boston — Vol. 240, Pág. 947, Junio 1949. — (de J. A. M. A. 141:948. Nov. 1949)

Fibrilación auricular en corazones normales.
H. H. Jansen y colaboradores.

Los autores revisaron una serie de 651 casos de fibrilación auricular observados en la Clínica Lahey y encontraron que solo 39 casos (4.6%) ocurrieron en corazones normales. Que la fibrilación auricular ocurre en corazones normales, ha sido probado repetidamente en autopsias. Yater demostró que no hay cambios patológicos característicos del corazón en la fibrilación auricular. Otros investigadores han demostrado que en la fibrilación auricular normal o controlada, el volumen de expulsión y el volumen minuto no están disminuidos y que la presión sanguínea es constante, asegurando oxigenación tisular adecuada. De los 30 pacientes, 20 han sido observados adecuadamente y 13 de ellos todavía no muestran evidencia de enfermedad cardiaca. Sólo en 7 se encontró evidencia de enfermedad cardíaca, y, en estos, las manifestaciones han ocurrido después de años de fibrilación asintomática, cuando los sujetos se estaban acercando a la senilidad. Estos pacientes deben recibir una explicación adecuada de su condición y deben ser convencidos de que ella es benigna. Si se puede determinar factores precipitantes en el tipo paroxístico de fibrilación, debe hacerse un intento para suprimirlos y debe aconsejarse al paciente a buscar más descanso, tranquilidad y diversiones de interés. El caso usual de fibrilación auricular paroxística, en el cual el paciente tiene ataques no frecuentes y de corta duración, no se beneficia por la terapéutica. Los autores comentan sobre el uso de quinidina y digital y dicen que en más de un tercio de los pacientes citados, no se hizo ningún tratamiento. La digital no tuvo ningún efecto en un quinto de los casos en los que se usó, y la quinidina no fue efectivva en un cuarto de los casos. El pronóstico depende de la condición del miocardio; la arritmia por sí sola no parece tener importancia. El tratamiento no está indicado a no ser que se presente una complicación en cuyo caso la terapéutica es la de la complicación.

Quarterly Journal of Studies on Alcohol, New Haven. — Vol. 10, Pág. 59, Junio 1949. — (de J. A. M. A. 141:949 Nov. 1949)

Oxígeno en el tratamiento de la intoxicación alcohólica aguda.
C. N. Davis y colaboradorets

Durante la segunda guerra mundial, los autores observaron personal militar que inhalaba oxígeno por máscara para aliviar la intoxicación alcohólica aguda. El resultado de esta práctica pareció lo suficientemente favorable para justificar un estudio sobre los efectos de la inhalación de oxígeno puro en 100 pacientes. Los casos en este estudio fueron "bebedores problema", incluyendo pacientes con alucinosis y delirium tremens. La respuesta fue excelente. El tratamiento es aplicable a la intoxicación alcohólica aguda, pero no altera la adición básica al alconol. Inmediatamente después de admitido, el paciente recibe oxígeno puro por máscara. El tratamiento standard consiste en la administración de oxígeno puro por 20 minutos, cada hora, durante 6 horas. Oxígeno puro significa una concentración en la máscara de 63% de oxígeno, determinada por pruebas químicas. En el caso de un paciente que tiene un severo episodio psicótico y que está sufriendo de delirium tremens, la oxígeno-terapia se continúa cada hora por 24 a 48 horas, hasta que el enfermo reacciona favorablemente. No se notaron reacciones tóxicas. Es de vital importancia que el personal que administra el oxígeno sea comprensivo y gane la confianza del paciente, para evitar el despertarle temor por la aplicación de la máscara. Si la máscara se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

aplica sin preparación previa, el paciente puede alarmarse y no cooperar o revelarse contra el tratamiento. Desde la instiución de la oxígeno-terapia, los autores han tratado con éxito 100 pacientes, sin tener que recurrir a sedantes. Los casos muy graves, requieren medicación adicional de soporte, tal como el "Blockley cocktail" endovenoso (dextrosa, insulina, ácido nicotínico y ácido ascórbico, y otras medidas para asegurar una adecuada función hepática.

Lancet. Londres. — Vol. 2, Pág. 55 - Julio 1949 — (de J. A. M. A. 141:951 - Nov. 1949)

Neumonia atípica tratada con cloromicetina.
E. J. Wood.

El autor comunica el caso de un hombre de 42 años, con neumonia atípica primaria. A la edad de 24 años contrajo tuberculosis pulmonar, la que estuvo inactiva por algunos años. En el tercer día de su enfermedad, cuando la temperatura del paciente no bajaba a pesar de la medicación con diaforéticos y salicilatos, se probó sulfadiazina, pero esta droga tampoco resultó efectiva. Un examen radiológico al octavo día, reveló signos que sugerían una invasión bronconeumónica atípica. Durante los siguientes 4 días, se administró penicilina, en dosis fraccionadas, a razón de 1.000.000 de unidades por 24 horas. Entonces se dió al paciente una dosis inicial de 6 cápsulas de 250 mgs. de cloromicetina. Se continuó con 500 mgs. cada 2 horas, hasta completar 4 gms. y después se rebajó la dosis a 500 mgs. 4 veces al día por 5 días, llegándose a una dosis total de 15 gms. En la primera noche del tratamiento con cloromicetina, los síntomas subjetivos fueron menos severos, y, a las 24 horas, la fiebre comenzó a caer. A las 48 horas el enfermo deseaba comer; la tos era menos persistente y el esputo comenzó a disminuir. Al 17º día el examen rediológico mostró que la mancha bronconeumónica se había resuelto casi completamente.

Revista Española de Pediatría. - Vol. 5, Pág. 262. Marzo - Abril 1949 (de J. A. M. A. 4 :953. Nov. 1949)

Estreptomicina en meningitis tuberculosa
M. Suarez.

El autor comunica 28 casos de meningitis tuberculosa tratados con estreptomicina. La tolerancia a la droga pareció ser mayor en la infancia que en la niñez. Se obtuvieron mejores resultados cuando el tratamiento fué precoz. Se administraron 1 mg. intra-raquídeo y 2 mgs. intramuscular en días alternos. Un curso de tratamiento duró un mes, y fué reasumido después de un período que dependió del curso clínico y de la desaparición del bacilo en el líquido céfalo-raquídeo. El tratamiento debe ser continuado 1 o 2 años con un período de hospitalización mínimo de 8 meses. La droga, en las dosis usadas, fué bien tolerada. La prevención de la bacilo-resistencia a la droga, se logró usando dosis pequeñas, cursos cortos de tratamiento y pausas adecuadas entre los cursos. La mortalidad fué elevada cuando el tratamiento se comenzó después del 10º día de enfermedad. 5 de los enfermos que entraron al hospital en la 2ª semana de enfermedad, murieron dentro de las 2 primeras semanas de hospitalización. De los 23 restantes, 9 murieron después de una mejoría transitoria que duró de 2 a 7 meses. 14 pacientes quedaron bien y sin secuelas. El período de control en este grupo fué de 2 años. 2 enfermos, que tuvieron una forma más grave de la enfermedad, quedaron con secuelas: deficiencia mental uno y meningoencefalitis el otro.

Journal of Bacteriology, Baltimore Vol. 58, Pág. 229, Agosto 1949. (de J. A. M. A. 142:132 - Enero 1950)

Actividad in vivo de la Neomicina
S. A. Waksman y colaboradores.

La neomicina es producida por un miembro del género Streptomyces. que ha dado otros compuestos como estreptotricina, esreptomicina, cloromicetina y aureomicina. Los autores dicen que las preparaciones crudas de neomicina en concentraciones de 2.000 a 5.000 unidades fueron bien toleradas, cuando se inyectaron en ratones con pesos de 15 a 20 gms. Estas concentraciones son por lo menos 20 a 50 veces mayores que la concentración protectora de este antibiótico. La neomicina no ejerció ningún efecto serio cuando se instiló en el ojo de conejo. La neomicina fué más efectiva que la estreptomicina deteniendo la infección de ratones con estafilococo aureus. Fué tan efectiva en las variedaeds estreptomicino-resistentes de este organismo, como en las sensibles. La neomicina, por administración oral fué más efectiva que la estreptomicina en la protección de ratones infectados intraperitonealmente con estafilococo aureus. Fué más efectiva que la estreptomicina en el control de infecciones causadas en embriones de ratón y de pollo por Salmonella Schottmülleri. La neomicina probó ser altamente efectiva, mucho más que la estreptomicina, contra Eberthella typhosa en ratones. Las investigaciones descritas fueron conducidas con preparaciones bastante crudas de neomicina. Juzgando por analogía con otros antibióticos producidos por miembros del género Streptomyces especialmente estreptotricina y estreptomicina, estas preparaciones pueden considerarse como no más de 10 a 20% puras. Es difícil predecir el efecto que tendrá, sobre la actividad del antibiótico, la supresión de impurezas. La purificación no debe reducir la potencia de la neomicina, pero sí su toxicidad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Virginia Medical Monthly, Richmond. — Vol. 76, Pág. 416, Agosto - 1949 — (de J. A. M. A. 142:136 - Enero, 1950)

Análisis de 27 casos de muerte inmediatamente después de la inyección de un diurético mercurial T. E. Stanley.

El autor ha recolectado de la literatura, 27 casos en los cuales ocurrió la muerte inmediatamente después de la inyección de un diurético mercurial. Hace las siguientes sugerencias: 1) La vía endovenosa debe ser omitida, cuando se puede obtener diuresis satisfactoria por otras rutas; 2) La dosis ideal de un diurético mercurial, es la menor que pueda producir la diuresis deseada; 3) Debe evitarse la vía endovenosa en las personas que hayan experimentado previamente reacciones indeseables después de la administración intravenosa de un diurético mercurial.

Revista Chilena de Pediatría. — Vol. 7, Pág. 282 - Julio, 1947)

Intoxicación por kerosene en el niño. R. Gallardo y M. Mass.

Este trabajo es hecho a base de la experiencia obtenida en el Servicio de Primeros Auxilios del Hospital de Niños "Roberto del Río" de Santiago de Chile, mediante el estudio de 406 casos de intoxicacin por diversos venenos atendidos en el plazo de dos y medio años, de los cuales, 106 han correspondido a kerosene y gasolina, cuyas edades fluctúan entre 7 meses y 5 años. Los autores hacen notar a este propósito, la frecuencia bastante grande de la intoxicación por derivados del petróleo en dicho medio, con relación al resto de agentes venenosos.

En la patogenia del cuadro, ampliamente discutida por diversos autores, con experiencias de laboratorio, intervienen dos vías: la respiratoria, con producción de lesiones pulmonares, y la digestiva, con irritación mayor o menor de la mucosa gastro-intestinal; esta última vía, en casos de gran cantidad del tóxico ingerido, puede determinar daños pulmonares por paso del agente a la circulación y acción electiva en los alvéolos, con daño vascular evidente. Cualquiera que sea la vía seguida por el tóxico, los síntomas generales son más o menos típicos: depresión, obnubilación, delirio, cianosis, taquicardia taquipnea, y a veces convulsiones; lo cual indica la impregnación de los centros nerviosos y sistema vascular.

En el estudio en referencia, se clasifican los pacientes, según la gravedad de los síntomas, en tres grupos: a) Intoxicación aguda leve, 83 casos, caracterizada por vómitos o náuseas; somnolencia y obnubilación; en ocasiones, cianogogis que siempre es precoz (en las primeras 2 horas de ingerido el tóxico); en pocos casos, palidez y enfriamiento, que también es precoz; dolor epigástrico en los niños mayores; estos síntomas traducen la irritación gástrica y de las vías respiratorias superiores, y la acción precoz del tóxico en el sistema nervioso central de los niños, más sensibles que los adultos a las intoxicaciones; se encuentra además taquicardia, con pulso débil, taquipnea, fiebre de 1 a 2 días, y halitosis a kerosene que dura hasta 24 horas; escasos signos auscultatorios pulmonares, sin signos radiológicos. b) Neumopatía aguda, 14 casos. Existen los mismos síntomas del anterior, pero más acentuados, con obnubilación que llega a veces hasta el coma; el esatdo general es mucho más grave; la fiiebre aparece rápidamente y persiste de 4 a 8 días, lo que dura el cuadro pulmonar, cuyos signos al comienzo son de una bronquitis o peribronquitis, y después, de un cuadro bronco-alveolar; la radiología muestra imágenes desde las 5 horas de ingerido el tóxico al principio caracterizadas por acentuación de la trama, y luego por imágenes arracimadas no homogéneas en las bases y regiones parahiliares, de duración mayor que el cuadro clínico, persistiendo hasta 15 días después. c) Intoxicación grave, 4 casos. 2 de los cuales fallecieron. Detallan la historia clínica y evolución de cada uno, que tienen de común el grave compromiso del estado general, con gran deshidratación por los vómitos persistentes, cianosis, obnubilación, respiración estertorosa. En los casos fatales, la muerte se produjo más por edema pulmonar que por la intoxicación de los centros nerviosos.

Los exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis con neutrofilia, anemia hipocrómica intensa en la mayoría de los casos, sedimentación globular aumentada, y en algunos casos, signos de irritación renal.

Como tratamiento, efectúan lavados gástricos y analépticos cardio-respiratorios como medida rutinaria; prevención de infecciones con penicilina y sulfas; en los casos graves, suero gluconado hipertónico por vía parenteral. Se ha rechazado el empleo de aceites evacuantes porque facilitarían la absorción de estos tóxicos.

MISCELANEA

El desafío hecho a esta generación es el de descubrir los intereses comunes, el terreno de la posible colaboración, las zonas donde coinciden la curiosidad y la simpatía, las aspiraciones y la conveniencia mutua, puntos de unión de la raza humana donde no se tienen en cuenta ideologías ni líneas de frontera. La búsqueda de estos puntos de contacto donde pueda fraguarse la unidad, el desarrollo de nuevas técnicas y zonas de acción cooperativa, donde puedan fundirse y combinarse las ideas y la experiencia, ésta es la tarea inmediata; ésto es lo primero; ésto es la base de la estructura final de una sociedad unida.

Las actividades de la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas son un ejemplo apropiado, porque la salud es deseada por todos los hombres y no hay una oferta limitada por la cual deban las naciones competir entre sí. El trabajo en salud Pública no es una amenaza para nadie en ninguna parte. El cáncer y la escarlatina no tienen ideología política. No hay un método marxista de eliminar el mosquito gambiense, distinto y contrapuesto al método democrático occidental. Los principios de la ingeniería sanitaria no llevan un rótulo ruso o ame-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ricano. No hay diferencia entre la tuberculosis en la Unión Soviética y la tuberculosis en los Estados Unidos. La parálisis infantil es la misma cosa en Moscú y en Washington, y el dolor humano no es menos angustioso en una ciudad que en otra. El mundo de la enfermedad y de la miseria no está dividido; es un mundo común. En términos de sufrimiento humano el mundo es en verdad y trágicamente un solo mundo.....

....No es posible exagerar la importancia del siguiente postulado: la salud de la vida intelectual del mundo depende del intercambio libre y sin trabas de ideas y de personal entre las universidades e instituciones científicas de todos los países. El crecimiento científico es casi siempre el resultado de la fertlización entre laboratorios y grupos situados en lugares muy distantes unos de los otros. El éxito, la mayor parte de las veces es el resultado del pensamiento continuado de muchas mentalidades en muchos países, que están orientadas hacia una meta común. El espíritu creador del hombre no puede ser localidado ni nacionalizado. Las ideas sufren de hambre cuando se las cerca detrás de una frontera, y la investigación efectuada detrás de barricadas, a la larga sólo puede terminar en el estancamiento intelecual.....

(Raymond B. Fosdick. La Fundación Rockefeller. Revista del año 1947)

....En un matrimonio de preponderancia femenina manifiesta, y que produce constantemente hombres, si se quier tener un varón. el esposo guardará continencia 20 a 25 días, y durante este tiempo usará una alimentación suculenta (bifteck, rosbif, asados de filete de vaca, liebre, jamón, caldos fuertes. etc.); se entregará a ejercicios activos, como la caza, la equitación, la natación. el baño en el mar o en el río; y, si es de temperamento frío, hacia el 15º día, tomará algunos alimentos afrodisiacos (ostras, mariscos, criadillas de tierra, etc.) y beberá todos los días dos vasos del Hipocrás afrodisiaco, apelando también, en caso necesario, a la flagelación....

(Pedro Felipe Monlau. Higiene del Matrimonio o El Libro de los Casados. Madrid, 1858).

....Hacia el año de 1830 había en nuestra Ciudad (Arequipa) los siguientes médicos: Andrés Bedoya, Pablo José del Carpio, Atanasio Trujillo, Luis Agustín Rodríguez, Jaime María Coll, José María Adriazola y Arve, Juan Manuel Vargas, Mariano Vargas, José Antonio Yoli y Rosas, Juan de Dios Salazar y Mariano Fernando Córdova.....

(Arturo Villegas Romero. Apuntes de un decenio de la Historia de Arequipa. 1830 - 1840. Arequipa 1945)

....En ninguna otra esfera de la vida muestra el médico general su espíritu más reaccionario que en lo tocante a sí propio. No me refiero tanto a sus hábitos descuidados, a la falta de sistema en su trabajo, o a no dedicar suficiente atención al aspecto económico de la profesión —faltas esas que tan fácilmente lo asedian— pero deseo sí mencionar el no darse cuenta: Primero de la necesidad de un perfeccionamien personal vitalicio, y segundo, del peligro que corre de que en aras de las exigencias de la práctica sacrifique el bien más precioso de todos, su independencia mental. La medicina es un arte dificilísimo de adquirir. Todo lo que el colegio puede hacer es enseñar al estudiante principios basados en los hechos de la ciencia, y proporcionarle buenas técnicas de trabajo. Esto no sirve más que para iniciarlo por el buen camino, pero no le convierte en buen médico —ésto le incumbe a él.— Como el vuelo del ave depende de la acción incesante de las alas, la maestría del arte exije esfuerzo sostenido, pero este esfuerzo sostenido es tan tremendo que muchos abandonan la contienda en su desesperación. Y sin embargo, sólo por virtud del estudio inteligente y persistente de la enfermedad, conforme a un plan metódico de exámenes, es que un individuo aprende gradualmente a correlacionar sus lecciones diarias con sus propias observaciones y las de sus compañeros. y así adquiere el juicio clínico... Me gustaría que los médicos más viejos recordaran cuán importante es alentar y utilizar a los jóvenes que se les establecen cerca. En toda clientela numerosa hay una docena o más de casos que exigen ayuda diestra en el diagnóstico, y el médico general la puede tener a mano. y tiene la obligación de utilizarla y si no lo hace procede en una forma muy retrógrada e injusta para sí propio y para la profesión en conjunto. No tan solo puede el médico viejo, si lleva arterias elásticas en su corteza gris, averiguar muchas cosas por conducto del joven, sino que en cada parroquia flota en el aire mucha sabiduría clínica que hoy se malgasta o muere con el doctor viejo, por no haberse hecho amigo de los jóvenes.....

(Sir William Osler. Discurso ante la Asociación Médica Canadiense. Montreal. 1902)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

Casilla Nº 84. Arequipa, Perú

PUBLICACION CUATRIMESTRAL DE LA
ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA

CUERPO DE REDACCION

Dr. Javier Llosa García, Director; Dr. Manuel Avila, Secretario; Dra. Celia de Castro, Tesorero; Dr. Guillermo Ballón Landa; Dr. Jorge Becerra de la Flor; Dr. Juan A. Bianchi; Dr. Jorge Jarufe; Dr. Carlos Neuenschwander.

COLABORACIONES

Los manuscritos que se remitan para publicación deberán ser escritos a máquina, a dos espacios. Se aceptará solamente el original y no una copia. La bibliografía se sujetará al siguiente orden: nombre del autor, título del artículo, nombre del libro o revista, volumen, página y fecha de publicación.

La revista pagará clichés hasta por el espacio de una página. El exceso será por cuenta del autor. Las fotografías deberán ser nítidas y los cuadros, tablas, etc. dibujados con tinta negra en papel blanco. Toda ilustración deberá ser enviada con el nombre del autor en el reverso. Las separatas serán por cuenta del autor. No se publicará colaboraciones anónimas. La sección Miscelanea aceptará para su publicación cualquier relato corto que se considere de interés para los médicos.

SUSCRIPCIONES

Anual (incluyendo portes): . . . . . S/..20.00

Ejemplar . . . . . S/. 8.00

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los resultados de los ensayos clínicos y experimentales con

Aminacyl

WANDER

se han publicado en los trabajos siguientes:

Ragaz L.: « El ácido p-aminosalicílico en la quimioterapia de la tuberculosis. » Schweiz. Med. Wschr. **78**, 332 (10.4.1948).

Steinlin H.: « El tratamiento de la tuberculosis con el ácido paraminosalicílico. » Conferencia ante la Liga Suiza contra la Tuberculosis en Lausana, 18 de abril de 1948. – Schweiz. Ztschr. Tuberk. **5**, 391 (1948).

Ragaz L.: « Acera de la farmacología del ácido p-aminosalicílico. Determinación, distribución y eliminación renal. » Schweiz. Med. Wschr. **78**, 1213 (18.12.1948).

Steinlin H. y Wilhelmi E.: « Quimioterapia de la tuberculosis con ácido p-aminosalicílico. » Schweiz. Med. Wschr. **78**, 1219 (18.12.48).

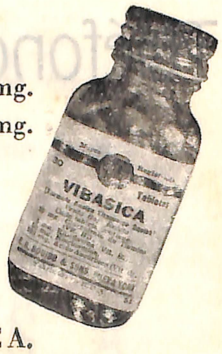
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Para restaurar la nutrición al estado de normalidad indispensable para una convalecencia rápida . . . .

. . . es esencial la administración a grandes dosis de las cuatro vitaminas hidrosolubles. VIBASICA, la fórmula básica de Jolliffe y Spies basada en "años de experiencia," llena los citados requerimientos.

Cada tableta de VIBASICA suministra:

Clorhidrato de tiamina	10 mg.	Niacinamida	150 mg.
Riboflavina	5 mg.	Acido ascórbico	150 mg.



℞ Vibásica

PARA UNA TERAPIA NUTRITIVA BASICA.

E·R·SQUIBB & SONS

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ENRIQUE FERREYROS Y Cía., S. A.

OFICINA DE AREQUIPA

SECCION DROGAS

VETERINARIA

Esquina Ejercicios - Palacio Viejo

Teléfono 3082 Apartado 355

AREQUIPA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Antigua Botica del Pueblo

ESTABLECIDA EN

1864

Prestigiada por su honradez en el servicio que presta a la humanidad doliente, como Firma de garantía y seriedad absoluta.

Nuestro surtido permite atención esmerada en el recetario médico, a cargo de profesionales con larga práctica en el servicio farmacéutico

J. F. Portugal Hijos, S. A.

AREQUIPA

PERU

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

¿Un Resfriado...?
¿Una Gripe...?

...ES YA CUESTION DE POCAS HORAS PARA CURARLOS..

Oleo-Multigen

La moderna y potente vacuna anespecífica "MULTIGEN" asociada con los clásicos balsámicos y antisépticos modificadores de las mucosas respiratorias. — Una ampolleta, diariamente, en inyección intramuscular.

Instituto Bacteriológico Imex S. A.

JERUSALEN 408 — AREQUIPA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PROCISTAMINA

"LAKESIDE"

Fórmula:

Proteinas no específicas	100 mgs.
Clorhidrato de cisteina	10 bgs.
Clorhidrato de Tiamina	30 mgs.
Clorobutonal	10 mgs.
Agua bidestilada c. b. p.	2 c. c.

Indicaciones:

ARTRITIS, Neuritis, Mialgias y otros estados reumatoides. ES ESPECIALMENTE EFECTIVO EN LAS **ARTRITIS NO ESPECIFICAS.**

Administración: 2 centímetros diarios o cada tercer día.

LA SERIE COMPRENDE 15 INYECCIONES

Presentación: Frasco ampolla de 5 centímetros.

LAKESIDE LABORATORIES INC.

APARTADO Nº 1082 LIMA - PERU.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Su propio criterio se lo indicará

Estudie el carácter y composición de este solvente; fíjese en el objeto de cada componente; enseguida ensáyelo en cualquier caso que Ud. tenga que aplicar **PENICILINA** y note los resultados.

La acogida tan notable que ha recibido la

EMULSINA LUSA

de todo el honorable cuerpo médico y la manera como ha ido suplantando a sus similares, demuestra, hasta la evidencia, cuál ha sido el fallo de los médicos y cómo los resultados han justificado su criterio

La **EMULSILINA LUSA** es una solución acuoso-coloidal de gelatina estabilizada y adicionada de Clorobutanol y Fenol; que presenta las siguientes ventajas:

1º—Reduce a dos el número de inyecciones de Penicilina durante las 24 horas.

2º—No es necesaria la hospitalización del paciente.

3º—Disuelve la Penicilina fácilmente, no tapona las agujas ni contiene Aceite o Cera.

4º—No produce irritaciones locales.

La **EMULSILINA LUSA** se presenta en estuches individuales de 5 cc. y es elaborada por los

LABORATORIOS UNIDOS S. A.

DISTRIBUIDORES

HENRI LE BIENVENU S. A.

SERRANO Nº 856 — **LIMA - PERU**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Enrique W. Gibson Ltda.

OFICINA PRINCIPAL: AREQUIPA

CALLE MERCED Nº 110 —:— CASILLA Nº 10

Oficina en Lima: Edificio Rímac 2º piso

SUCURSALES:

ABANCAY
AYAVIRI
PUNO CUZCO
MOLLENDO CAMANA
SICUANI JULIACA
TACNA

Con Departamento de

Drogas, Productos Químicos y Materiales Quirúrgicos,

al servicio del Honorable Cuerpo Médico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

"Al aparecer el primer número de la **REVISTA** MEDICA DE AREQUIPA, órgano de la ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA, el INSTITUTO SANITAS le expresa su más cordial felicitación por este esfuerzo que ha de contribuir al mayor progreso de la MEDICINA NACIONAL"

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Estimado Doctor:

Presentamos ante su consideración la REVISTA MEDICA DE AREQUIPA. Esta publicación está destinada a difundir el trabajo científico de los médicos peruanos, y, a estudiar y sugerir las soluciones de los problemas médicos que se plantean en el país. Apreciaremos debidamente su distinguida colaboración.

Le rogamos se digne comunicarnos su autorización para considerarlo como suscriptor.

Muy atentamente

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA
Cuerpo de Redacción
Casilla 84. Arequipa, Perú.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera